This is a reproduction of a library book that was digitized by Google as part of an ongoing effort to preserve the information in books and make it universally accessible.

Google™ books

https://books.google.com

Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

+ *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.

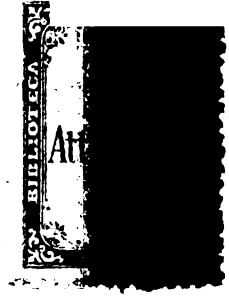
+ *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.

+ *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.

+ *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertati di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da `http://books.google.com`



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

GIORNALE

DELLA

R. ACCADEMIA DI MEDICINA

DI TORINO

DIRETTO DAI SOCI

PORPORATI, PEROTTI, NOVARO, COLOMIATTI

Serie 3 — Vol. 23

ANNO XLI

TORINO
TIPOGRAFIA V. VERCELLINO E COMP.
1878.

Digitized by Google

Digitized by Google

L'ACCADEMIA DI MEDICINA
AL RE UMBERTO

Sire

La Reale Accademia di Medicina di Torino fu vivamente colpita all'annunzio della grave sventura toccata all'Italia per l'immatura dolorosa perdita dell' amatissimo e valoroso suo Re, Vostro Augusto Genitore.

Questo Corpo scientifico ricorda con perenne riconoscenza fra il generale compianto che sotto il Regno glorioso di **Vittorio Emanuele II** *ebbe segnalate*

Digitized by Google

prove di speciale protezione e che dall'Avo Vostro, il Magnanimo Carlo Alberto, ottenne l'onore di fregiarsi del titolo di Reale.

A Voi, Sire, degno successore di un Gran Re, al quale l'Italia deve la sua redenzione, la Reale Accademia di Medicina della Vostra città natale fa salire la sua voce di dolore che sente vivissimo per l'immensa sventura che ha colpito il Popolo Italiano, fidente che Vi torneranno graditi in tanto duolo i suoi rispettosi omaggi d'inalterabile fedeltà e di affettuosa riverenza.

Torino, 13 Gennaio 1878.

(Dalla Gazzetta del Popolo).

Il Presidente

Firmato: **OLIVETTI**

Digitized by Google

Anno XLI 10-20 gennaio 1878 N. 1-2

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Ufficio di Presidenza per il 1877-78.

Presidente — OLIVETTI LUIGI, Dottore in medicina e chirurgia.

Vice-Presidente — GAMBA ALBERTO, Professore d'anatomia.

Segretario Generale — GIACOMINI CARLO, Incaricato dell' insegnamento dell'anatomia umana.

Segretari particolari — COLOMIATTI V. F., Incaricato dell'insegnamento dell'istologia patologica — NOVARO G. F., 1° Assistente alla clinica chirurgica ed operatoria.

Tesoriere — MARTORELLI BENEDETTO, Conservatore del vaccino.

Archivista bibliotecario — PEYRANI VINCENZO, Dottore in medicina e chirurgia.

Consiglio d'Amministrazione — Membri nati: Il Presidente, il Segretario generale, il Tesoriere e l' Archivista bibliotecario — Membri eletti: ARENA, Colonnello medico — GAMBA, predetto — PERTUSIO, Dottore aggregato.

Soci Ordinari Residenti

per ordine di anzianità

BONACOSSA STEFANO, Professore di clinica delle malattie mentali.

DEMARCHI GIOVANNI, Dottore aggregato.

Digitized by Google

Garbiglietti Antonio, Dottore aggregato.

Pertusio Gaetano, predetto.

Borsarelli Pietro, Professore di chimica.

Peyrani Vincenzo, predetto.

Porporati Michelangelo, Medico primario del Manicomio di Torino.

Perosino Felice, Professore emerito di veterinaria.

Bruno Lorenzo, Professore di medicina operatoria e di clinica chirurgica; Senatore del Regno.

Olivetti Luigi, predetto.

Martorelli Benedetto, predetto.

Gamba Alberto, predetto.

Moleschott Giacomo, Professore di fisiologia; Senatore del Regno.

Rizzetti Giuseppe, Capo dell'Ufficio d'igiene presso il Municipio di Torino.

Chiappero Francesco, Professore di chimica.

Lessona Michele, Professore di zoologia ed anatomia comparata.

Valerio Gioachino, Dottore in medicina.

Cerruti Giuseppe, Dottore in medicina e chirurgia.

Perassi Tommaso, Dottore in medicina e chirurgia.

Tibone Domenico, Professore d'ostetricia.

Reymond Carlo, Professore d'oculistica.

Gibello Giacomo, Incaricato dell' insegnamento delle malattie cutanee.

Garelli Giovanni, Dottore in medicina e chirurgia; Senatore del Regno.

Berruti Luigi, Dottore aggregato.

Giacomini Carlo, predetto.

Arena Gaetano, predetto.

Carlevaris Prospero, Professore di chimica.

Digitized by Google

Laura Secondo, Dottore aggregato.
Berti Giovanni, Chirurgo ordinario all'Ospedale di S. Giovanni.
Bizzozero Giulio, Professore di patologia generale.
Spantigati Giovanni, Chirurgo ordinario all' Ospedale di San Giovanni.
Giudice Giovanni, Dottore aggregato.
Perotti Angelo, Medico primario delle Carceri.
Colomiatti V. F., predetto.
Bottini Enrico, Dottore in medicina e chirurgia.
Mosso Angelo, Incaricato dell' insegnamento della materia medica.
Novaro Giacomo. predetto.

Seduta delli 4 gennaio 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Giudice, Perosino, Peyrani, Arena, Mosso, Giacomini, Porporati, Martorelli.

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente, il Segretario Generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Atti della Accademia Olimpica di Vicenza. Vol. IX e X. Vicenza, 1876-77.

Atti dell' Accademia Medica di Roma. Anno III, Fascicolo 2°. Roma, 1877.

Baccelli *Prof.* Guido — *Sulla trasmissione dei suoni attraverso i liquidi endopleurici di differente natura — Seconda contribuzione alla diagnosi differenziale dei versamenti.* Roma, 1877 (Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*).

Digitized by Google

Baccelli *Prof.* Guido — *Di un nuovo metodo di cura per taluni aneurismi dell'aorta.* Roma, 1877.

Da amenia do cerebro em geral e particularmente da ischemia cerebral e amollecimento consecutivo. Memoria apresentada à Academia Real das sciencias de Lisboa por Eduardo Augusto Motta. Lisboa, 1874.

Discurso sobre el palmerin de Inglaterra y su verdadero autor presentado a la Real Academia de sciencias de Lisboa por Nicolas Dias de Benjumea. Lisboa, 1876.

Discurso recitado na mesma sessão pelo Vice-presidente D^r José Vincente Barboza du Bocage *e relatorio dos trabalhos da Academia pelo segretario geral interno* José Maria Latino Coelho. Lisboa, 1875.

Elementos de pharmacologia geral ou principios medica e de therapeutica por Bernardino Antonio Gomes. Lisboa, 1873.

Historia dos estabelecimentos scientificos litterarios e artisticos de Portugal nos successivos reinados da Monarchia por José Silvestre Ribeiro. Tomo 1 a 5. Lisboa, 1871-72-73-74-76.

Jornal de sciencias mathematicas, physicas e naturaes publicado sob os auspicios da Academia Real das sciencias de Lisboa. Tomo IV. Lisboa, 1873.

Memorias da Academia Real das sciencias de Lisboa a classe de sciencias mathematicas, physicas e naturaes. Nova serie, Tomo IV, Parte 1ª e 2ª. Tomo V, Parte 1ª. Lisboa, 1867-70-72-75.

Memoria sobre a laqueação da arteria iliaca primitiva a proposito d'esta operação praticada em 7 de fevereiro de 1873 no Hospital de S. José de Lisboa e apresentada à Academia Real das sciencias de Lisboa por Antonio Maria Barbosa. Lisboa, 1874.

Peola *Dott.* Luigi — *Relazione sulle vaccinazioni eseguite nella Provincia di Alessandria nell'anno* 1876. Alessandria, 1877.

Digitized by Google

Précis de thermométrie clinique générale par le Docteur Pedro Francisco Da Costa Alvarenga. Lisbonne, 1871.

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie II, Vol. X, Fasc. XVII e XVIII. Milano, 1877.

Ripa *Dott.* Luigi — *La medicina comunale o la civiltà igienica.* Anno XVIII. Gennaio. Seregno, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bollettino medico-statistico della città di Torino*, N. 49 a 51. Torino, 1877.

Tamburini *Prof.* Augusto — *Del metodo clinico in Psichiatria; prelezione al corso di clinica psichiatrica nella Regia Università di Modena*, 1877. Reggio-Emilia, 1878 (Estratto dalla *Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina Legale*).

Tizzoni *Dott.* Guido — *Sulla istologia normale e patologica delle cartilagini ialine.* Torino, 1877 (Estratto dall'*Archivio per le scienze mediche*).

Valerani *Dott.* Flavio — *Estirpazione completa della parotide.* Torino, 1877 (Estratto dalla *Gazzetta delle Cliniche*).

Il **Presidente** annunzia che è presente alla seduta il Dott. Tamburini Socio corrispondente dell'Accademia, ed in seguito dà la parola al Socio **Mosso** il quale presenta una nota (vedi pag. 13) sulle osservazioni da lui fatte insieme al Dott. Fubini sopra i due fratelli Tocci che sono un caso assai interessante di *Gemelli xiphoide juncti*, i quali vennero esposti ora fa un mese al pubblico di questa nostra città.

Letta la descrizione di questo caso teratologico e le esperienze fisiologiche che vennero fatte, il **Presidente** ringrazia il Socio Mosso e dà la parola al Socio **Giudice** che domanda se dalle esperienze fatte si può ricavare qualche dato sul punto di riunione delle due aorte.

Il Socio **Mosso** risponde che essi non tentarono di risolvere un simile problema: perchè era così difficile di sentire lo stesso

Digitized by Google

polso delle arterie crurali e delle carotidi, che certamente sarebbero riusciti infruttuosi i tentativi per giungere colla palpazione fino sulla colonna vertebrale. Lo sviluppo dell'addome era così notevole che non permetteva un simile diagnostico, ed essi non conoscevano altra via per cui potesse giungersi a qualche risultato per simile diagnosi. Il Socio **Mosso** malgrado la mancanza di argomenti positivi sarebbe inclinato a credere che l'aorta di ciascun individuo finisca nell'estremità corrispondente. Quando nello sviluppo successivo diverrà più distinto il battito delle arterie crurali, si potrà facilmente osservare se il polso è isocrono nei due lati delle estremità inferiori o se invece presenta le stesse interferenze che si osservò nei battiti del cuore.

Il Socio **Porporati** domanda se durante il concepimento la madre fu soggetta a qualche emozione, se ebbe qualche spavento o se la sua fantasia venne colpita dalla vista di qualche oggetto mostruoso.

Il Socio **Mosso** soggiunge che tutte le domande rivolte alla madre ed anche al padre in tale riguardo ebbero sempre delle risposte assolutamente negative. Fu per ciò che essi dovettero limitarsi a dire nella storia dell'anamnesi che la gravidanza ebbe un decorso del tutto normale. Quanto a precedenti di qualche importanza ricordo solo che la madre della sposa essa pure aveva gemellato.

Il Prof. Tamburini domanda se nel caso osservato vi esista o no una riunione delle due midolle; egli opina dalle esperienze fatte che probabilmente vi deve essere una indipendenza dei due sistemi spinali.

Il Socio **Mosso** risponde che le molte questioni fisiologiche che si possono fare sui rapporti probabili delle due midolle nella parte inferiore del corpo dei fratelli Tocci non potevano venir sottoposte ad analisi diligente per l'età troppo tenera dei bambini

Digitized by Google

e perchè ogni congettura poteva solo fondarsi sulla produzione più o meno facile dei movimenti riflessi. Ritiene questo criterio come insufficiente per pronunciarsi con rigore sulla mancanza di comunicazioni sensibili o motorie fra le due estremità inferiori, ed egli non è inclinato a dare troppa importanza ai risultati negativi ottenuti nelle osservazioni ed esperienze fatte col Dottore Fubini. Una diagnosi sicura sarà solo possibile quando i due fratelli Tocci divenendo consci delle sensazioni potranno dire se percepiscono con eguale intensità gli eccitamenti che agiscono sull'una o sull'altra delle estremità inferiori. Ricorda come fra le questioni che si presentano subito alla mente di chichessia si è quella di sapere a chi appartengano gli organi della generazione, a chi la facoltà di mingere, come si produrrà la deambulazione e la coordinazione dei movimenti ecc., a tutti questi problemi egli non crede che sia per ora possibile dare una risposta. Onde favorire la soluzione di quesiti tanto interessanti il Dott. Fubini e Lui si sono già proposti di raccogliere sul fine della loro memoria una serie di questioni che essi raccomanderanno all'attenzione dei colleghi che avranno più tardi occasione di esaminare i fratelli Tocci in un'epoca più avanzata del loro sviluppo.

Avendo incominciato i loro genitori un viaggio per visitare le città più importanti d'Italia è sperabile che si potrà in breve raccogliere un ricco materiale di osservazioni diligenti con cui si potrà più tardi scrivere una storia completa di cui le annotazioni ora presentate all'Accademia costituiranno solo la prima pagina.

Costituitasi in seguito l'Accademia in Comitato privato, si addiviene alla nomina di uno dei quattro Direttori del Giornale, e riesce nominato a grande maggioranza il Socio **Perotti**.

Finalmente, ad esaurimento dell'ordine del giorno, ha nuovamente la parola il Socio **Mosso** per la lettura della comunicazione del Dott. Albertotti sopra la Memoria intitolata: *Idiozia*

Digitized by Google

con perdita di sostanza ossea del cranio, terminata la quale, il **Presidente** ringrazia e scioglie l'adunanza.

Il Presidente **Olivetti.**
Il Segretario particolare **Colomiatti.**

---

*Seduta dell'*11 *gennaio* 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Peyrani, Martorelli, Olivetti, Rizzetti, Mosso, Bizzozero, Perotti, Porporati.

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente, il Segretario Generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Denza *Prof.* Francesco — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri.* Vol. XII, gennaio 1877, N. 1. Torino, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino*, N. 51, Torino, 1877.

Il **Presidente** interprete del sentimento di cordoglio provato dall'Accademia, sospende in segno di lutto i suoi lavori rimandando al prossimo venerdì quelli segnati nell'ordine del giorno e, dopo di avere incaricato i Soci Peyrani e Rizzetti di redigere un indirizzo al nuovo Re nostro Umberto I, scioglie la seduta.

Il Presidente **Olivetti.**
Il Segretario particolare **Colomiatti.**

Digitized by Google

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

GEMELLI XIPHOIDE JUNCTI

Note raccolte da S. PUBINI ed A. MOSSO.

Alli 4 ottobre 1877 Maria Luigia Mezzanrosa-Tocci d'anni 19, primipara, si sgravò in Locana, circondario d'Ivrea, di due gemelli riuniti insieme verso la base del torace, che dopo quattro settimane vennero portati in Torino ed esposti al pubblico.

La varietà dei *gemelli xiphoide juncti* essendo delle meno frequenti nella specie umana, crediamo interessante porgere di questo caso alcuni cenni, tanto più che non è facile l'occasione di un tale studio durante la vita.

La gravidanza della Maria Tocci venne condotta a termine senza anomalia; essa ci assicurò che nè prima, nè dopo il concepimento ebbe a soffrire alcuna emozione che possa giustificare il sospetto che simile mostruosità dipenda da cause morali; il parto fu facile: al dire della levatrice era unica la placenta, ed unico il cordone ombellicale.

La presentazione fu di testa ed uscì prima il capo destro, poi il sinistro. Ai due gemelli Tocci insieme congiunti venne imposto col battesimo il nome di Battista al destro, e di Giacomo al sinistro.

Ecco sommariamente le annotazioni che prendemmo, quando i due gemelli avevano appena un mese di vita.

Essi hanno due teste, quattro braccia, due toraci, con due sterni, quattro capezzoli delle mammelle.

Digitized by Google

I due toraci si uniscono verso la base: l'unione loro si fa quasi vicino alla 6ª costa.

V'ha un ombellico, un solo pene, uno scroto, due testicoli, un'apertura anale.

Le due colonne vertebrali discendono distinte fino alla regione lombare e si riuniscono formando insieme un angolo di circa 130°; — sembra che le ossa del sacro siano fuse insieme.

I due bambini presentano nel volto una fisionomia differente.

Il destro è più sviluppato del sinistro, il quale al trentesimo giorno della sua nascita, presenta rughe sulla fronte ed un color terreo, che gli dà un aspetto senile. Nel decorso di un mese il suo stato andò successivamente migliorando e nel 60° giorno era quasi scomparsa ogni differenza nel colorito.

Le braccia sono eguali nei due gemelli — La regione addominale molto sviluppata e sporgente con ombellico assai pronunciato.

È notevolissimo lo sviluppo del pene col ghiande in parte scoperto.

Nello scroto si toccano due testicoli che appaiono molto voluminosi per rispetto all'età dei gemelli.

Al retto notasi un prolasso della mucosa con attorno una sporgenza epidermoidale. Le due gambe hanno eguale lunghezza — la sinistra presenta in leggier grado il così detto piede valgo.

Nella cute, che riveste la regione sacrale, quasi nella linea mediana, si trova una piccola infossatura, dentro la quale può penetrare la capocchia di uno spillo per uno o due millimetri.

Al trentesimo giorno della loro nascita i fratelli Tocci presentavano il peso di 4005 grammi — nel sessantaduesimo giorno pesavano invece 5345

Digitized by Google

grammi. Aumentarono quindi in un mese di circa 1340 grammi. Nel secondo mese di vita una linea, che partendo dal capezzolo il più esterno della mammella, gira obliquamente intorno al torace, passando sopra il punto mediano dove i medesimi si riuniscono misurava la lunghezza di 38 centimetri tanto nell'uno quanto nell'altro torace.

La circonferenza dell'addome passando per la linea ombellicale misurava 35 centimetri.

Al 30° giorno di vita si misurò la lunghezza della gamba sinistra e destra dal trocantere alla pianta del piede e si riconobbe essere di 18 centimetri.

Dall'ombellico all'estremità dei piedi la distanza era di 20 centimetri — dall'ombellico al vertice del capo destro 25 centimetri; dall'ombellico al vertice del capo sinistro 21 centimetri.

La madre dei gemelli ed una donna robusta del contado davano loro alternativamente il latte: e ben sovente ci capitò di osservare i bambini poppare contemporaneamente ai due capezzoli della stessa donna. Piangendo, si osserva che il timbro della voce è differente nei due individui. La balia e la madre asseriscono che Giacomo (cioè il sinistro) è più irrequieto e piagnoloso; che esso dorme più di giorno e meno la notte — mentre invece Battista dorme meglio la notte e resta più sveglio nella giornata.

Nelle frequenti visite, che abbiamo fatto a questi gemelli, osservammo talvolta che l'uno singhiozzava o sternutava, mentre l'altro rimaneva del tutto tranquillo. Un fratello tossiva o vomitava, mentre l'altro non dava segno di sentire incomodo. L'uno atteggiava le labbra al sorriso, mentre l'altro piangeva od era calmo; e talora osservammo che anche quando uno piangeva con lacrime abbondanti e vagiva in

Digitized by Google

modo da obbligare i parenti a portarlo in giro per la camera, l'altro dormiva profondamente senza svegliarsi.

Secondo l'uso del contado, i gemelli passavano la maggior parte della giornata stretti insieme con una fascia, e le braccia distese lungo il torace. La madre ci diceva che in tale posizione i bambini sono più quieti che quando sono lasciati liberi sopra un guanciale.

Quanto alla divisione del sistema nervoso trattandosi di due centri encefalici distinti con due sole estremità inferiori non rimanevano che tre combinazioni possibili: o le gambe potevano dipendere tutte due esclusivamente da un solo individuo, oppure potevano appartenere contemporaneamente ad entrambi i fratelli, o finalmente ciascuno dei medesimi aveva a sua disposizione una sola gamba. Quest'ultimo caso, come il più semplice, è quello che pare avverarsi. Non essendo possibile di ottenere dei così detti movimenti spontanei in questi bambini, dovemmo limitare il nostro studio ai movimenti riflessi delle estremità.

Ora qualunque sia la coordinazione che potrà stabilirsi più tardi fra i due centri cerebro-spinali collo sviluppo dell'età, è certo che le osservazioni fatte da noi nel 2° mese di vita ci conducono ad ammettere che ciascun individuo disponga ed abbia in proprio una gamba senza rapporti sensibili o motorii con quella del lato opposto.

Ecco alcune esperienze, le quali dimostrano chiaramente questa divisione del sistema nervoso.

Mentre tutti e due i gemelli poppano contemporaneamente, e si vede in entrambi il succhiare delle labbra e il movimento di deglutizione, vellichiamo leggermente la pianta del piede destro oppure del si-

Digitized by Google

nistro. In queste condizioni si osservò costantemente il fatto, che quando era eccitata la pianta del piede destro, era la bocca destra che cessava dal poppare — vellicando invece la pianta del piede sinistro, si vedeva arrestarsi dal poppare la bocca sinistra.

Prolungando l'esperimento, fino a destare il pianto od aspettando che questo si producesse spontaneamente, osservammo di regola muoversi ed agitarsi una sola estremità e questa era sempre la gamba corrispondente al lato dell'individuo che vagiva e piangeva. Come pure erano sempre le braccia e le mani di un solo individuo che reagivano al solletico ed agli stimoli che facevamo agire sul piede dello stesso lato.

Si può quindi conchiudere con tutta probabilità che ciascuna delle estremità inferiori si trova sotto l'impero della volontà di una testa, la gamba sinistra dipende dal Giacomo, la destra dal Battista.

L'ascoltazione eseguita sui toraci per mezzo dello stetoscopio di König mostra chiaramente, che esistono due cuori distinti. Infatti si riconosce senza difficoltà che i loro suoni hanno timbro differente. Tale paragone venne reso più facile al 35° giorno di loro nascita, poichè nel solo cuore del gemello sinistro si percepiva distintamente un rumore di fregamento al pericardio, mentre nel cuore del Battista avvertivasi *nulla* di anormale.

Percorrendo collo stetoscopio di König la linea, che unisce la mammella sinistra di uno colla mammella omonima dell'altro fratello, trovasi che i suoni d'un lato vanno sempre più indebolendosi, finchè questi in vicinanza della linea mediana divengono egualmente distinti.

Fissando meglio l'attenzione su questo punto, trovasi spesso che i suoni dei due lati si confondono e

Digitized by Google

danno come l'impressione d'un solo cuore che pulsa, mentre ad intervalli succede una trasposizione ed una interferenza di suoni, che rende possibile la percezione distinta dei due cuori. Dopo alcuni secondi i due cuori riprendono a contrarsi con ritmo isocrono e si ha nuovamente la sensazione di un solo cuore pulsante.

Sebbene l'esame collo stetoscopio bastasse per mettere fuori d'ogni dubbio l' esistenza di due cuori distinti, che funzionano indipendenti l' uno dall' altro, per avere sott'occhio una traccia più sensibile di questo fenomeno, pensammo di ottenere col metodo grafico i movimenti del cuore e della respirazione.

A tale fine applicammo due timpani di Marey sulla cassa toracica in corrispondenza del punto, dove sentivasi meglio il battito cardiaco.

Sulla piastra metallica di ciascun timpano fissammo una pallottolina di cera, per mezzo della quale avevasi il vantaggio che il timpano non scorreva troppo facilmente sulla pelle del torace, e potevasi penetrare con essa in uno spazio intercostale e raccogliere meglio le pulsazioni del cuore, che venivano trasmesse per mezzo di un breve tubo di gomma elastica ad un timpano a leva, che ne scriveva i movimenti sopra la carta affumicata di un cilindro messo in movimento da un regolatore Foucault.

Queste osservazioni, come è facile ad intendersi, erano solo possibili, quando i due gemelli rimanevano assolutamente tranquilli.

Non potemmo mettere in uso i mezzi più acconci e comodi per tali osservazioni affine di evitare ogni movimento, che potesse fare piangere i bambini; quindi invece di stringere attorno ai loro toraci delle fascie per tenere i due timpani, preferimmo di fissarli sem-

Digitized by Google

plicemente colla mano, dando al nostro antibraccio un punto di appoggio per evitare ogni scossa.

Si tenevano immobili colle dita della mano i due timpani e nella profonda quiete dei bimbi si avevano istanti, in cui la respirazione era così tranquilla da potere scrivere contemporaneamente l'impulso cardiaco di ambedue i fratelli, come vedesi nel tracciato seguente:

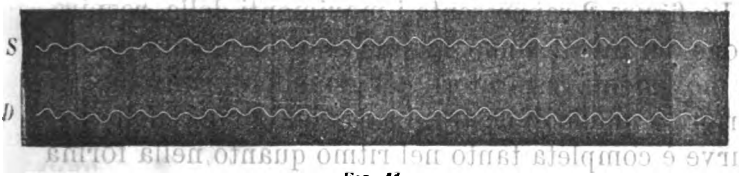


FIG. 1ª.

Il polso del gemello destro è scritto inferiormente al sinistro, siccome lo indicano le lettere D ed S.

In questo tempo, entrambi i fratelli Tocci dormono profondamente.

I due tracciati, siccome si può notare abbassando delle perpendicolari, non si corrispondono sempre esattamente; essi come i seguenti sono scritti da sinistra verso destra. La velocità del cilindro era di 42 centimetri per minuto.

In una serie di osservazioni stetoscopiche, che facemmo insieme al Prof. Moleschott, la media frequenza del cuore destro per 30" fu di 76, per il cuore del gemello sinistro era di 77.

All'indipendenza delle funzioni dei due cuori corrisponde una separazione egualmente distinta nelle funzioni degli organi respiratori. Difatti il ritmo, l'ampiezza, la forma dei movimenti della respirazione possono nell'uno e nell'altro fratello essere differenti. L'uno può piangere e l'altro dormendo conserva inal-

Digitized by Google

terato il ritmo della respirazione rallentata e superficiale proprio del sonno.

Fig. 2.ª

La figura 2 rappresenta i movimenti della respirazione durante il sonno. La linea superiore corrisponde ai movimenti respiratorii del gemello di sinistra, l'inferiore a quello di destra. La rassomiglianza delle due curve è completa tanto nel ritmo quanto nella forma delle respirazioni. La frequenza era di 60 a 62 nel minuto.

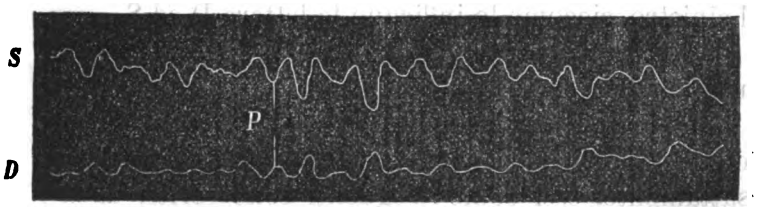


Fig. 3.ª

Altre volte osservammo che anche nel sonno mancava ogni traccia di sincronismo fra i movimenti respiratorii dei due fratelli, come vedesi nella fig. 3. La lettera P segue colle linee corrispondenti la posizione delle penne.

Fig. 4.ª

Digitized by Google

Nella veglia vedemmo talora i movimenti del torace corrispondersi esattamente, ma assai più spesso vi era una differenza notevolissima dei tracciati: come lo mostra la fig. 4, che fu scritta mentre il bambino di destra guardava attentamente una candela che si faceva muovere a poca distanza.

Durante il singhiozzo di uno dei gemelli, essendo scoperto l'addome, che è comune ad entrambi, si osservò ripetutamente che la contrazione del diaframma producevasi in un solo lato, mancando ogni traccia di movimento alla base del torace opposto.

Questo fatto basta per provare l'esistenza di due diaframmi distinti anatomicamente e nelle loro funzioni.

Rispetto al sistema digerente è molto probabile che i due gemelli abbiano due stomaci distinti.

Infatti spesso vedemmo prodursi il vomito in uno dei gemelli, mentre l'altro rimaneva del tutto tranquillo e spesso continuava a poppare senza accorgersi del vomito del suo fratello.

Che si trattasse poi di vero vomito e non semplicemente del rigurgito di latte non deglutito, era dimostrato dalla coagulazione del latte reietto, coagulazione che è il primo stadio di attività del succo gastrico.

Se si verificherà che vi siano due ventricoli, ciò che per ora riteniamo come probabile, la presente osservazione, che dimostra la possibilità del vomito in un solo degli stomaci contenuti nella medesima cavità addominale, può essere argomento in favore di coloro, che assegnano a quest'atto fisiologico una maggiore attività del ventricolo che non dei muscoli, i quali producono la pressione addominale.

Digitized by Google

Confessiamo la deficienza delle presenti osservazioni ed auguriamo ai colleghi, che avranno più tardi sott'occhio questi gemelli, un più felice successo.

La mostruosità che abbiamo analizzato appartiene alla famiglia teratologica dei sysomici di Isidoro Géoffroy St-Hilaire (1) ed al secondo genere che egli classificò sotto il nome di *xiphodymo* (2).

Nell'atlante dell'opera di Géoffroy la fig. 1ª della tavola XV ci dà un bellissimo esemplare, che è la riduzione di un ritratto della Ritta-Cristina, caso teratologico assai simile al nostro, che fu oggetto di molte descrizioni sia da autori italiani che da francesi (3).

La Ritta-Cristina nacque nel marzo del 1829 in Sassari e morì nel novembre dello stesso anno in Parigi dopo d'essere vissuta otto mesi e mezzo. La Ritta colpita da bronchite era agonizzante, mentre la Cristina era ancora vivace, ma appena morta la sorella, essa pure fu colpita dalla morte.

Parecchi erano i punti di concordanza fisiologica della Ritta-Cristina coll'osservazione teratologica, di cui abbiamo dato qualche cenno. Anche nella Ritta-Cristina l'una delle due teste poteva dormire di sonno profondo mentre l'altra poppare, l'una poteva piangere mentre l'altra sorridere. La gamba destra dipendeva solo dalla Ritta, la sinistra dalla sola Cristina.

Lo stetoscopio applicato alla regione cardiaca fece supporre a molti osservatori che desse avessero un

(1) *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux par* J. Géoffroy-Saint-Hilaire. — Bruxelles 1838. Tome 3me, pag. 111.

(2) L. c., pag. 115.

(3) Vedasi la biografia in J. Géoffroy Saint Hilaire, l. c.

Digitized by Google

solo cuore, però durante la malattia della Ritta si riconobbe poscia che v'erano due centri di circolazione, fatto dimostrato dall'autossia praticata dal Serres.

Questa specie teratologica fu dal Förster classificata fra i Dicefali e la varietà che ora studiamo fu da lui distinta col nome di Dicefali tetrabracchi (1).

Il Förster raccolse dagli *Annali della scienza* 140 osservazioni di dicefali, però dalla varietà tetrabracchiale 4 sole appartenenti al sesso maschile e 4 al sesso femminile.

Queste mostruosità possono avere lunga durata di vita, ed una che ricorda il Géoffroy sulla fede dello storico Buchanan (2), la quale visse fino al ventottesimo anno, e secondo vaghe asserzioni di antichi giornali un altro consimile mostro sopravvisse fino al 63mo anno, notizia questa pure riferita dal Géoffroy.

Noi siamo dolenti che tanto la descrizione dei gemelli Tocci quanto le osservazioni fisiologiche fatte sopra i medesimi siano riescite per molti riguardi incomplete. Si può però immaginare facilmente le difficoltà, che si presentavano alle nostre indagini pensando ai riguardi, che nell' inverno dovevamo imporci per non esporre nudi i bambini a variazioni troppo prolungate di temperatura o ad esperienze, che potessero destare nei genitori il minimo dubbio per la salute dei loro bambini.

Tale mostruosità essendo sorgente di lucro, che i coniugi Tocci sapevano utilizzare, divenne anche più

(1) *Die Missbildungen des Menschen systematische dargestellt von* August Förster. — Jena, 1865, pag. 24.

(2) L. c., pag. 123.

Digitized by Google

grande la nostra responsabilità e più difficile la nostra posizione per la paura, che sopravvenendo qualche malattia, essi potessero incolparci del loro danno.

Non essendo possibile di fare comprendere ai genitori l'importanza, che un tale caso teratologico poteva avere per la scienza, durante il mese di novembre in cui i fratelli Tocci si fermarono in Torino, noi rimanemmo confusi col pubblico e spesso con quello, che appartiene agli ultimi gradi della società.

In queste condizioni assai sfavorevoli per quella calma, che è necessaria ad un'osservazione diligente, ci limitammo a fare delle visite frequenti, raccogliendo isolatamente quei fatti, che si presentavano occasionalmente al nostro esame.

Le nostre migliori osservazioni vennero eseguite in alcune visite notturne, ad una delle quali ci volle gentilmente assistere il Prof. Moleschott.

Dimorando essi in locale male illuminato anche di giorno, fu con non poca fatica che potemmo indurre i genitori a portare con noi i due bambini da un fotografo ed ottenere il ritratto rappresentato dalla figura, che va unita a questa memoria.

Accenniamo frattanto alcune questioni che non ci fu possibile di risolvere. — La grande difficoltà di sentire distintamente il polso delle arterie crurali ci impedì di conoscere se le due aorte si riuniscono nella cavità dell'addome o se decorrono separate fino nelle estremità corrispondenti. La soluzione di questo problema non presenterà più alcuna difficoltà appena si riesca a percepire od a registrare contemporaneamente il polso delle due arterie crurali.

Atteso lo straordinario sviluppo dell'addome non abbiamo potuto diagnosticare a traverso le sue pareti se nella sua cavità esistevano due aorte distinte.

Digitized by Google

— Quanto alle anastomosi ed alle comunicazioni più o meno grandi che hanno fra loro i due sistemi circolatorii, esse verranno stabilite con maggiore certezza dalla rapidità, con cui delle sostanze medicamentose di varia natura iniettate sotto la pelle od amministrate internamente daranno luogo a degli effetti individuali o comuni.

La conoscenza dei rapporti, che esistono fra i due sistemi nervosi, diverrà solo possibile quando i due fratelli si troveranno in stato di dare contezza delle loro sensazioni, e di coordinare ad uno scopo cosciente le contrazioni dei loro muscoli.

Le ricerche da noi fatte sui movimenti riflessi non hanno che un valore relativo di fronte ai fenomeni complicati che potrebbero presentarsi in avvenire, qualora esistessero delle comunicazioni parziali sensibili o motorie nella parte inferiore delle due midolle spinali, le quali fossero sfuggite alle nostre osservazioni. È per ora difficile, di fronte ai dati dell' esperienza, che ci mostra ciascuna gamba esclusivamente in rapporto colla testa del lato omonimo, di stabilire come si coordineranno i movimenti per la deambulazione ; ma assai più ardua pei due fratelli sarà la soluzione definitiva della parte che l'uno o l'altro dovranno prendere nell'attività degli organi genitali.

Se i due gemelli vivranno tanto che basti perchè si accendano gli stimoli sessuali, si presenterà una strana complicazione in un campo dove sarebbe ora un'imprudenza il volere emettere qualche supposizione nella mancanza completa dei dati anatomici e delle osservazioni fisiologiche necessarie.

Non è del tutto improbabile che si trovino due vesciche distinte le quali sbocchino in un medesimo condotto uretrale. Avremmo sciolto volentieri questo

Digitized by Google

dubbio amministrando alternativamente all'uno od all'altro fratello qualche sostanza, che si riveli presto nell'orina per mezzo di un odore caratteristico o meglio per mezzo di un cambiamento nel colore di questo liquido. — Prima che si sviluppi la coscienza dei due fratelli Tocci e si mostri volontaria la facoltà di mingere, noi speriamo che qualche Collega saprà ottenere dai genitori il permesso di stabilire qualche osservazione in questo riguardo, ciò che non può recare il più piccolo nocumento alla salute dei bambini.

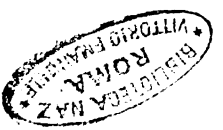
Quanto alla diagnosi della posizione e della conformazione che hanno gli organi contenuti nella cavità addominale, è questo un problema che diverrà tanto più facile quanto più progredirà lo sviluppo dei due fratelli: e vi è ragione di sperare che si riuscirà più tardi per mezzo di vomitivi amministrati dopo l'introduzione nello stomaco di alimenti di varia natura a determinare con sicurezza se vi esista una sola cavità dello stomaco, oppure se ve ne siano due distinte, come anche si potrà per mezzo di purganti e di sostanze alimentari colorate in vario modo stabilire con sufficiente probabilità se vi siano due intestina separate e dove sia il punto della loro riunione.

La distribuzione degli organi contenuti nella cavità addominale, come tutto ciò che si riferisce al sistema della vena porta, delle vene azigos, della circolazione linfatica, del condotto toracico, ecc., non potrà venire determinato con esattezza che in un giorno, che noi, pel bene di queste creature infelici, auguriamo il più tardi possibile.

Digitized by Google

Litog Salussolia

Digitized by Google



Digitized by Google

Continuazione della Memoria intitolata: **Idiozia con perdita di sostanza ossea del cranio.** Osservazione del Dott. Albertotti Giovanni, Medico-Chirurgo ordinario nel R. Manicomio di Torino.

L'idiota, di cui è caso in una Memoria stampata nel N. 9 del *Giornale della Regia Accademia di Medicina di Torino* pel corrente anno 1877, e che porse occasione al Chiarissimo Professore Mosso di fare molte e svariate osservazioni per mezzo di particolari stromenti sopra il movimento del setto fibro-cutaneo, che copriva una breccia ossea alla regione temporo-parietale destra, avendo cessato di vivere il 29 prossimo passato ottobre, prima di far cenno dei reperti anatomici riferentisi alla detta località credo opportuno di aggiungere nuovi schiarimenti anamnestici in proposito.

Da postume informazioni avute dalla gentilezza dell'Egregio Dott. Rostan, Medico condotto nel paese di nascita dell'ammalato, risulta che il trauma avvenuto in seguito a caduta produsse una grave contusione senza alcuna lesione di continuità della cute, con frattura communitiva delle ossa sottostanti, la quale diede luogo a grande stravaso sanguigno sotto forma di un tumore sottocutaneo.

Questo scomparve dopo un dato tempo, svuotandosi attraverso il setto sopraccennato con dare uscita ad un liquido sieroso giallo chiaro, per cui ben tosto ogni cosa rientrò nell'ordine di prima.

La cicatrice quasi verticale ed irregolare, che si scorge sopra il setto fibro-cutaneo, dimostra abbastanza la preceduta apertura tegumentale per mezzo della suppurazione, da cui ebbe esito il liquido sottostante.

Digitized by Google

Dalla lettera del prelodato Collega risulta pure, che nissuna tabe ereditaria concorse allo sviluppo dell'affezione psico-motoria in discorso, e che il trauma avvenne ad un anno e mezzo di vita, mentre gli accessi epilettiformi e quindi epilettici si iniziarono solo verso il terzo anno, i quali col tempo associandosi ad atti maniaci molto gravi obbligarono i di lui parenti a farlo ricoverare nel Manicomio.

Aggiungerò inoltre a complemento della fenomenologia presentata da quest'ammalato, che l'alto attacco epilettico era sempre più o meno preceduto da un'agitazione assordante e molesta, la quale dava per così dire un preavviso agli assistenti infermieri del prossimo accesso, per cui essi potevano tosto accorrere per ripararlo in sito opportuno ad evitare dolorose ed anche fatali conseguenze.

Lo stato convulsivo degli attacchi, che si rinnovavano generalmente alla distanza di quattro o cinque giorni l'uno dall'altro, si manifestava per lo più dal lato sinistro, e sovente poi nell' apogeo dell' accesso l'ammalato era rivolto boccone sul piano, sopra di cui poggiava.

Si notava pure in esso l' alterazione del gusto, e perciò egli si cibava anche di sostanze schifose, sebbene a differenza degli idioti, che nel nutrirsi sono quasi sempre voracissimi, esso invece fosse piuttosto lento, e talvolta ricercato nella scelta del suo pasto. Scevro di ogni tendenza a graffiarsi, o mordersi le mani, od a fare qualche altro atto consimile, come generalmente si osserva negli idioti, aveva però appreso ad eseguire tutti gli atti, e movimenti proprii di cucire le scarpe, rendendosi in tal modo sovente il trastullo di non pochi de' suoi compagni di sventura.

A cominciare dall'agosto p. p. si sviluppò nel nostro

Digitized by Google

ammalato un processo morboso gastro-enterico con diarrea, per cui lentamente, senza mutamento veruno nel ritorno degli accessi epilettici, ne deperiva l'organica costituzione, e da vigoroso e florido quale era nel lungo spazio di tempo passato nel Manicomio immagrì sommamente, e cessò di vivere quasi anemico al 29 ottobre p. p., quattro o cinque giorni dopo l'ultimo accesso epilettico.

Nel decorso di cotale periodo di regressione organica i fenomeni di elevamento e di abbassamento durante il sonno e la veglia, come pure durante i varii stadii dell'accesso epilettico si rendevano più spiccati attraverso l'assottigliato velo fibro-cutaneo.

Prima di addivenire all'esame del pezzo patologico pregai il Medico primario Cav. Dott. Porporati, non che l'egregio mio amico e collega Dott. Valletti, Medico interno dell'Ospizio, a volersi trovare presenti onde valermi della loro gentile e sapiente cooperazione in tale esecuzione. Ma bramoso in allora di darne anche avviso al chiarissimo Prof. Mosso per mettere a sua disposizione il soggetto, mi spiacque, che stante la di lui assenza da Torino io sia stato privo del suo concorso per guidarmi nell' esecuzione del mio progetto.

Venuto pertanto all'opera insieme ai prelodati miei colleghi feci un taglio verticale al cranio nella direzione del diametro antero-posteriore, e scoperta la massa encefalica lasciandola ancora involta dalle meningi, per vedere se vi fosse qualche neoplasma, od altro corpo anormale fra la dura madre ed il cranio, vennero pur queste incise nella stessa direzione, ed esaminate attentamente si trovarono molto sbiadite senza rinserrare fra loro verun liquido anormale, come nemmeno fra esse, e la massa encefalica pur

Digitized by Google

essa alquanto anemica. Quindi si separò l'emisfero sinistro del cervello e del cervelletto, lasciando nella corrispondente cavità ossea, ancora coperta dei tegumenti cutanei, la metà posteriore circa dell'emisfero destro del cervello, che tutto insieme si pose nell'alcool per aver tempo ad aspettare fino a che potesse pur trovarsi presente il Prof. Mosso, il quale ci procurò colla più grande soddisfazione l'intervento del Professore di Anatomia, il Dott. Giacomini.

Ed ecco pertanto il risultato delle comuni osservazioni. In corrispondenza del centro, ed in direzione quasi verticale del velo cutaneo sostituente la scomparsa sostanza ossea della breccia, di forma elissoide, diretta dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro, ed avente il diametro maggiore di 70 millimetri, ed il medio di 35 millimetri, si osserva una cicatrice sprovvista di ogni pelo, o lanugine, che occupa uno spazio irregolare di 6 a 7 millimetri, protendendosi da una estremità all'altra del diametro maggiore del velo fibro-cutaneo. Staccando poi la cute cicatrizzata, come pur quella rimasta intatta ancor coperta di capelli, e faciente pur essa parte del velo fibro-cutaneo, resta teso fra i margini della finestra un setto molto resistente, a cui dal lato interno sono saldate le meningi quasi tutte fuse insieme nell'intiero ambito della breccia, le quali poi a loro volta sono attaccate alle circonvoluzioni cerebrali.

Separate pertanto quelle membrane dal Professore Giacomini dissecandole dalla faccia interna del detto setto fibroso, e staccate pure consecutivamente dalle sottostanti circonvoluzioni, che si riconobbero atrofizzate, l'esimio Prof., ottemperando al nostro comune desiderio, determinò i punti speciali dei reperti necroscopici nei seguenti termini.

Digitized by Google

Il centro della lesione corrisponde all'estremità posteriore del ramo orizzontale della scissura di Silvio protendendosi in alto, ed interessando la porzione anteriore della circonvoluzione parietale inferiore (*lobulus supra marginalis*), e terminando sulla parte media della circonvoluzione parietale ascendente.

Inferiormente interessa l'estremità posteriore delle tre circonvoluzioni temporo-sferoidali ed una parte della porzione posteriore della circonvoluzione parietale inferiore (piega curva o *gyrus angularis*).

Dalle suespresse osservazioni resta evidente che la massa encefalica, unitamente alla cute, al pericranio ed alle meningi faceva un corpo solo, così che nei movimenti di depressione e di elevamento nissun liquido nè normale, nè anormale aveva parte immediata, ed il battito arterioso isocrono col polso radiale e col cuore era trasmesso immediatamente dalla vascolarizzazione avventizia e normale delle parti implicate nel rassodamento della cicatrice.

Inoltre dall'andamento dei fenomeni svoltisi un anno e mezzo dopo l'avvenuta lesione si scorge che si raggirarono nel campo motorio sotto forma di spasmi, che ben tosto finirono per raggiungere una condizione epilettica. Quindi è che, siccome tali sintomi non ebbero luogo subito dopo la lesione, è lecito il supporre che essi furono originati dall'influenza, che la parte lesa del trauma esercitò verso la zona epilettogena, posta, a seconda degli esperimenti di Hitzig e di Fritsch, al davanti del solco di Rolando (1), col produrre cioè in essa una iperemia collaterale,

(1) Altri sperimentatori però, fra i quali si annoverano lo Schiff, Valpian, Brown-Séquard, e quindi anche il Luzzana ed il Lemoigne, credono che li effetti della faradizzazione della corteccia cerebrale sieno d'ordine puramente riflesso.

Digitized by Google

ovvero un edema collaterale, che premendo sulle vicine parti encefaliche ne induceva l'anemia, da cui si originarono le convulsioni epilettiche.

Il secondo fenomeno si estrinsecò nella sfera intellettiva alcun tempo posteriore alla lesione di motilità, poichè il giovinetto anche affetto già da epilessia frequentò tal poco la scuola (1) con qualche profitto, e perciò queste novelle lesioni non si potrebbero altrimenti spiegare che dall'irritazione nervea, la quale dopo passato l'esaurimento consecutivo alle pregresse irritazioni del cervello, influiva nocevolmente sulla nutrizione cerebrale.

IL SALICILATO DI SODA NEL DIABETE MELLITE

Breve nota del Dott. D. C. BOZZOLO, Professore incaricato di Clinica Propedeutica nella R. Università di Torino.

A quali alterazioni anatomiche e funzionali sia propriamente da riferirsi il diabete mellite, oggigiorno non seppero dirci nè la *fisiologia* e la *patologia esperimentali,* nè *l'anatomia patologica,* nè la *clinica,* e ci è necessaria la conoscenza di nuovi fatti, che noi dobbiamo sforzarci di raccogliere onde poter arrivare alla soluzione di questo enigma scientifico.

(1) Da una nuova lettera informativa, gentilmente trasmessami il 25 corrente dicembre 1877 dall'egregio collega Dott. Rostan, risulta che il malato all'epoca della caduta non parlava ancora distintamente, e che, sebbene non abbia potuto alla scuola imparare nemmeno l'abbici, tuttavia riteneva a memoria alcuni piccoli racconti italiani, e li ripeteva trovandosi fuori di essa: era inoltre molto malizioso e scherniva i suoi condiscepoli.

Digitized by Google

Le memorabili scoperte di BERNARD sulla produzione della melliturìa mercè la puntura del pavimento del quarto ventricolo e sulla funzione glicogenica del fegato, e le esperienze dei clinici sull' alimentazione dei diabetici, fra cui veramente degne di particolare menzione e per la quantità e per il modo rigoroso con cui vennero condotte sono quelle del Prof. Cantani, hanno dato la base e il materiale su cui e con cui devesi costruire la teoria di questa malattia; ma ciò malgrado noi ci troviamo ancora ben lungi dal potere non che finire, connettere l'impalcatura dell'edifizio, e forse alla *terapia sperimentale* è riservata una parte non indifferente nella sua costruzione. Giacchè, come la patologia sperimentale ci fa nota la patologia di una data forma morbosa, provocandone sperimentalmente i sintomi, così la terapia sperimentale può oppostamente spiegarcela facendo scomparire od impedendo la manifestazione di quei sintomi.

Che alcune sostanze come l'oppio, l'arsenico, la tintura di jodio, il creosoto, l'acido fenico ecc. siano capaci di diminuire e fino ad un certo punto anche sospendere la melliturìa, è cosa da lungo tempo nota; e quantunque ancora non ne siano conosciuti la ragione e il meccanismo, devesi ciò non pertanto ritenere, che anche dall'azione di queste sostanze, si possano ricavare degli elementi per riconoscere quale sia l'essenza di tale malattia.

Una sostanza, che fu recentemente adoperata contro il diabete mellito, è il *salicilato di soda*, e già da qualche tempo si vanno pubblicando, specialmente in Germania, osservazioni di guarigione o miglioramento per essa ottenuti.

Digitized by Google

Ebstein, che qualche anno addietro (1) esperimentava insieme a Müller la benefica azione dell' acido fenico e l'inefficacia dell' acido salicilico nel diabete, fu il primo a tentare il salicilato di soda in questa malattia. In due pazienti, nei quali coll' acido fenico non aveva ottenuto alcun miglioramento, egli (2) vide scomparire in uno, diminuire grandemente nell'altro la glicosuria. G. Müller-Warneck (3) pubblicò due osservazioni congeneri fatte nella clinica del Professore Bartels in Kiel. Egli notò la sospensione totale nell'una e la diminuzione grande della glicosuria nell'altra, con contemporaneo accrescimento di peso degli ammalati; la glicosuria ricomparve dopo la cessazione del rimedio, il quale produsse in un caso fenomeni piuttosto gravi di avvelenamento. Ma entrambi i pazienti contemporaneamente alla somministrazione del salicilato di soda vennero assoggettati alla dieta carnea, quantunque non esclusiva, ragione per cui i termini dell'esperimento non riescono abbastanza definiti.

Ryba e Plumert (4) che amministrarono il salicilato di soda in unione al fosfato di soda, osservarono la scomparsa dello zucchero nelle orine di un individuo nelle quali esso si manteneva, malgrado il puro vitto carneo, e prima della somministrazione del rimedio, alla dose giornaliera di 106 a 132 grammi. In

(1) Ueber die Behandl, der Zuckerh, mit Carbolsäure (Berlin Klinisch. Wochenschr. 1873) e Weitere Mitth. über etc. nebst Bemerk. über die Anwendung d. Salicylsäure (ibid. 1875).

(2) Zur Therap. d. Diabet. Mellit. insbesond. über die Anwend. des Salicylsäur. Natron bei demselb. (Berl. Klinisch. Wochensch., 1876).

(3) Beitrag Zur Wirkung des Salicyls. Natron beim Diab. Mell. (Berlin Klinisch. Wochensch. 1877).

(4) Zur Behandl. des Diab. Mell. mit Salicyls. Natron (Prag. Med. Wochensch. 1877).

Digitized by Google

altri due casi, di data più vecchia, il salicilato di soda riuscì a diminuire notevolmente la quantità dello zuccaro, senza però farla scomparire. In un altro che durava da tre anni, il sale si mostrò inefficace.

Brinken (1) ottenne in due individui una completa e duratura (?) scomparsa della glicosuria e degli altri sintomi.

Bouchardat (2) non constatò alcuna influenza del salicilato di soda da lui amministrato ad un glicosurico, allo scopo di combattere una dolorosa gonartrite gottosa; la dose da lui impiegata non superò i quattro grammi al giorno.

Nell'anno 1876-77 avendo io, durante la malattia e dopo la morte del Prof. Rovida, diretto la Clinica medica generale della Università di Torino, ho usato largamente del salicilato di soda, la cui facoltà antipiretica, e specialmente poi la meravigliosa benefica azione sui dolori nel reumatismo articolare acuto non sono oramai più contestabili, ed essendomi occorso un caso di leggero e non inveterato diabete ho voluto farne oggetto di esperimento col salicilato di soda, sulla cui azione nel diabete confesso di essere stato sulle prime piuttosto incredulo.

Z. G., d'anni 58, di Montaldo di Chieri, contadino, ammogliato, venne ricoverato nella Clinica il 19 di aprile 1877.

Nella sua famiglia nessuno soffrì di diabete, nè pare esistano labi gentilizie, non ebbe mai traumi al capo, il suo vitto abituale è quello dei contadini dell'alto Piemonte, preferibilmente amilaceo. Soffrì a 14 anni

(1) Ein durch Natr. Salicyl. geheilt. Fall. v. Diabet. Mell. (Deutsch. Med. Wochensch. 1877, N. 39 e Centralblatt, f. med. Wiss., 1877, N. 48).
(2) L'*Union pharmaceutique*, décembre 1877.

Digitized by Google

di febbri terzane, e nuovamente nel 1859 di febbri allora a tipo quartano, e che vennero curate colla chinina.

Verso la metà del dicembre del 1876, senza causa reperibile, cominciò a soffrire inappetenza, malessere, sete intensa, urinazione abbondante, ai quali fenomeni più tardi s'aggiunsero debolezza generale, impotenza virile, dimagramento rapido, e alla inappetenza si sostituì un appetito insaziabile. Ricorse al medico di un vicino paese, il bravo Dott. Crolle, già allievo della nostra Clinica, il quale riconosciuta la malattia prescrisse per cura, dieta carnea ed acido lattico, ma l'ammalato sia che non potesse o non volesse eseguirla, l'abbandonò ben presto, finchè progredendo i fenomeni morbosi si risolse di venire alla Clinica.

Di buona costituzione scheletrica, di statura alta, si offre all'aspetto molto dimagrato. La pelle è secca e poco elastica, scarsissimo il pannicolo adiposo, i muscoli flosci, le arterie del capo un po' tortuose e rigide. Ai visceri non presenta nulla di abnorme rilevabile, anche per ciò che riguarda gli organi del respiro. Pesa 48 chilogrammi, la temperatura rettale oscilla fra 37,2 e 37,6.

Nei primi giorni di degenza, nei quali l'ammalato fu lasciato alla dieta mista, ordinaria dell'Ospedale, soltanto aumentata in quantità, e durante i quali gli si ordinò giornalmente alquanto bicarbonato di soda, la quantità delle orine fu giornalmente dai 3000

Digitized by Google

ai 3500 cc., la loro densità di 1035, la quantità di zuccaro in media di grammi 57,5.

Il giorno 1° maggio gli si toglie il riso e la pasta, indi il pane ecc., e il giorno 3 lo si assoggetta alla dieta carnea, concedendogli però uova e burro ed alcool, da 15 a 25 grammi al giorno. Prende anche giornalmente una bottiglia di acqua di Seltz. Le orine, la loro densità e la quantità dello zuccaro diminuiscono gradatamente sotto questo trattamento e fino ai 1550 cc. giornalieri, con una densità di 1023. Soltanto il giorno 21 si notò *completa scomparsa* dello zuccaro.

Trattasi dunque di un leggero *diabete mellite*, sia per la piccola quantità di zuccaro giornalmente emessa (57,5 gr.), sia per il suo completo scomparire mercè l'alimentazione carnea, nemmeno così rigorosa quale la prescrive ad esempio il Prof. *Cantani* (1). È un diabete, come questi lo chiama degli *amilivori*, uno di quegli stadi di questa malattia, nei quali, tanto secondo questo Autore, come secondo SENATOR (2), probabilmente il fegato non è ancora leso, una forma *gastroenterogena* di diabete.

Si ritorna alla dieta mista il giorno 21 maggio, e la quantità delle orine aumenta il giorno 5 giugno fino a 2960 cc., la densità a 1033, lo zuccaro a gram. 48,6. — Malgrado ciò il peso del corpo è di chilogr. 51 (L'ammalato fu sempre pesato nudo, di mattina, a digiuno, e dopo deposto l'alvo).

(1) *Patologia e terapia del ricambio materiale* (Milano, 1875).
(2) Zur Theorie des Diabet. mellitus. Nell'Enciclopedia di Ziemssen.

Digitized by Google

Il giorno 14 giugno, continuandosi la dieta mista, si comincia la somministrazione del *salicilato di soda* alla dose di 5 grammi al giorno, dose che si aumenta fino ai 10 grammi (il giorno 19). Il salicilato è tollerato bene, non eccita nè nausea, nè vomiti, come pur troppo accade spessissimo negli altri malati, soltanto nei due primi giorni della somministrazione si ha un po' di anoressia, però l'individuo accusa un senso di tremito generale e rumore agli orecchi; già dopo tre o quattro giorni dalla presa del salicilato gli pare che gli ritornino le forze, diminuisce la sete e gli sembra di migliorare. Però rimarca egli stesso il diminuire della quantità delle orine; e infatti ne scema il volume, la densità, e diminuisce la quantità dello zuccaro. Il giorno 22 (otto giorni di cura) sono emessi 1750 cc. di urina, della densità di 1015, che contengono 3 per mille di zuccaro, ossia gr. 5,25 nella giornata (Il dosaggio dello zuccaro venne sempre fatto sulle orine delle 24 ore mischiate). L'ammalato si trova bene, è persuaso di essere guarito, e fa un disordine dietetico, mangiando anche dei dolci. Si trova nel giorno dopo il disordine lo zuccaro nella proporzione del 6 per mille, e nella quantità totale di gr. 10,5.—Si sospende il salicilato di soda, continuando però il vitto misto (giorno 24). Il giorno 28 la quantità delle orine è di 2050 cc., densità 1028, quantità dello zuccaro 16,5 per mille, ossia gr. 36,8. — Nello stesso giorno si ripiglia il salicilato sodico alla dose di 5 gram. al giorno, senza aumentarla. Ecco i risultati:

Digitized by Google

GIORNO	QUANTITÀ DELLE ORINE IN CC.	DENSITÀ	QUANTITÀ DELLO ZUCCARO P. MILLE	QUANTITÀ GIORNALIERA DI ZUCCARO IN GRAMMI	DIETA	DOSE DEL SALICILATO	OSSERVAZIONI
Giugno 28	2050	1028	16 5	36 8	mista	Gr. 5	
» 30	2230	1030	12	26 7	»	»	
Luglio 2	1940	1032	14 7	18 51	»	»	
» 3	1900	1028	14 5	17 55	»	»	
» 4	2200	1028	10	22	»	»	
» 5	2125	1028	7 8	16 57	»	»	
» 6	2250	1026	6 02	13 95	»	»	
» 7	2410	1023	3	7 23	»	»	
» 8	2350	1018	1 76	4 13	»	»	
» 9	2340	1018	traccie	—	»	»	
» 10	1350	1019	—	—	»	»	L'individuo sta benissimo, ha ripreso le forze, compaiono erezioni che non aveva da lungo tempo. Gli si permette di passare nella sala convalescenti per poter uscire a passeggio.
» 11	1730	1021	—	—	»	»	
» 12	1300	1021	—	—	»	»	
» 13	1400	1021	—	—	»	»	
» 14	1300	1021	—	—	»	»	
» 15	1200	1021	—	—	»	»	
» 16	1300	1021	—	—	»	»	
» 17	1130	1020	—	—	»	»	
» 18	1280	1020	—	—	»	»	
» 19	1300	1020	—	—	»	»	
» 20	1150	1020	—	—	»	»	

Quantunque l'ammalato continui a sentire appetenza, sia cessata la sete, si senta in forze, comincia ora ad accusare, oltre al molesto rumore agli orecchi, vertigini, cammina con passo incerto, e avverte un

Digitized by Google

senso di calore e di pizzicore alla pianta dei piedi. Il peso del corpo è di chilogr. 51,300. — Si sospende il salicilato di soda.

GIORNO	QUANTITÀ DELLA ORINA IN CC	DENSITÀ	QUANTITÀ PER MILLE	GIORNALIERA IN GRAMMI	DIETA	CURA	OSSERVAZIONI
Luglio 21	1130	1020	»	»	»	—	
» 22	1330	1020	»	»	»	—	
» 23	1280	1023	»	»	»	—	
» 24	1390	1023	tracce		»	—	Sete
» 25	1700	1021	riduzione forte		»	—	Cresce la sete
» 26	1650	1022	3,39	5,49	»	—	
» 29	1570	1022	7,69	12	»	—	
» 31	1540	1028	11,90	17,9	»	—	Diminuzione delle forze sete e appetito

In questo turno di tempo essendomi venuto nelle mani il lavoro di *Bâlz* sull'azione dell'acido timico comparata a quella dell'acido salicilico e del salicilato di soda (1) volli esperimentare questa sostanza, la cui facoltà antisettica fu sostenuta primamente da Lewin (2) nel mio ammalato. Ne cominciai la somministrazione il giorno 1 agosto alla dose di 1 grammo (Acido timico gram. 1. Alcool gr. 20. Acqua gr. 100). Il rimedio è ben tollerato, quantunque la dose si accresca fino a 3 grammi; il malato non prova che un leggiero rumore agli orecchi; del resto gli diminuisce

(1) Salicylsaüre, salicylsaüres Natron und Thymol in irhem Einfluss auf Krankeiten (Arch. d. Heilk, 1877, fasc. 1, 3, 4).

(2) Virch. Arch. Bd., LXV.

Digitized by Google

la sete, le funzioni digestive si mantengono buone, e assicura che le forze gli ritornano. Le orine però senza aumentare notevolmente in quantità e in densità, giacchè il loro massimo volume durante questa cura fu di 1730 cc. e la loro densità di 1028, presentarono una saltuarietà nel loro contenuto zuccherino il quale raggiunse il 9 agosto il 10 per mille, il 10, il 16 per mille, mentre l'11 fu di 8 per mille.

GIORNO	QUANTITÀ DELLE ORINE IN CC	DENSITÀ	QUANTITÀ dello zucchero per mille	QUANTITÀ giornaliera in grammi	DOSE DELL'ACIDO TIMICO	DIETA
Agosto 1	1500	1028	11,9	17,85	Gr. 1	mista
5	1430	1028	11,1	15,8	2,50	»
9	1820	1028	10	18	3	»
10	1730	1028	16	27,6	3	»
11	1640	1028	8	13	3	»

Malauguratamente però queste esperienze fatte coll'acido timico dovettero essere sospese per la chiusura della Clinica, e per l'assoluto rifiuto dell'ammalato a passare in un altro comparto, non solo, ma esse non poterono essere circondate da sufficienti precauzioni, essendo egli uscito interpolatamente dall'ospedale, mostrandosi inquieto, indocile e desideroso di riacquistare la propria libertà; ed anzi ebbimo sospetto che abbia fatto in questo tempo qualche disordine dietetico, e che si sia per di più procurato liquori dolci, e frutti.

Digitized by Google

Il giorno 11 agosto uscì dall'ospedale per recarsi al suo paese ed io pregai il sig. dott. Crolle medico condotto di un paesello vicino a voler tener calcolo almeno della quantità giornaliera delle orine e del loro peso specifico. Gli furono dati dei pacchetti di salicilato di soda di grammi 6 ciascuno, da prendersene uno al giorno. Dopo 8 giorni si presentò alla Clinica a dare conto di se, ed io pregai il sig. dott. Graziadei addetto al laboratorio di fare il dosaggio dello zucchero nelle orine che l'ammalato portava con se per farle esaminare e farmene conoscere il risultato. Esse oscillarono in quantità fra 1200 e 1700 cc., la loro densità fu sempre di 1028. Il giorno 19 si ebbe lo zuccaro nelle proporzioni del 2.71 per mille ossia in media grammi 4 di zuccaro al giorno.

Il 27 ottobre si ripresentò alla Clinica. Da più di un mese avea trascurato di prendere il salicilato di soda, si attenne a dieta mista. Le orine oscillarono in quantità fra 4000 e 5000 cc. Quelle che recò per l'esame presentarono un peso specifico di 1035, contenevano 27,7 per mille di zuccaro, la cui quantità giornaliera puossi calcolare in media a grammi 98 circa. Il signor dott. Graziadei, vista l'impossibilità di assoggettarlo a casa ad una dieta conveniente, lo esortò a ripigliare il salicilato sodico, che non gli avea mai recato alcuna molestia.

Il 5 novembre tornò alla Clinica. Il salicilato di soda venne preso molto irregolarmente. L'ammalato è dimagrato e sentesi debole, è impotente; quantità delle orine dai 4000 ai 5000 cc., il peso sp. è di 1037, zuccaro 33 per mille ossia circa gram. 148 al giorno.

Il 12 gennaio viene accettato in una infermeria dell'Ospedale. La quantità giornaliera delle orine è ora di 5000 a 6000 cc. Il sig. Dott. Graziadei trova il

Digitized by Google

peso sp. di 1042 e lo zuccaro nella proporzione del 33 per mille ossia in media al giorno gram. 181,50.

Appare dunque molto chiaramente nel nostro caso, che il salicilato di soda diminuì e fece scomparire la glicosuria, e in un tempo più breve di quello impiegato coll'alimentazione carnea, e ciò malgrado l'ammalato, durante la presa del salicilato, fosse assoggettato ad una dieta, nella quale figuravano ampiamente il pane, la pasta, il riso e le patate. Sospeso il rimedio, ricomparve dopo pochi giorni la glicosuria. Prima le necessità dell'esperimento e poi la chiusura della Clinica, non ci permisero di protrarre la somministrazione del rimedio per un tempo sufficientemente lungo, altrettanto lungo almeno, quale è quello che si richiede per la cura colla dieta esclusivamente carnea, onde potessimo farci un criterio adeguato sul valore comparativo di questi due metodi. Noi avremmo voluto cioè stabilire, se continuando per lungo tempo l'uso del salicilato di soda continuasse pure l'assenza dello zuccaro nelle orine, come pare molto probabile, e se protraendosene sufficentemente la somministrazione, perdurasse il suo effetto anche dopo di averla cessata, e in modo duraturo ; cosa che, ad eccezione della prima osservazione fatta da *Ebstein*, e dei casi di *Brinken*, i quali ultimi io non conosco che per il sunto lettone nel *Centralblatt*, non appare bene negli altri fin qui pubblicati. Che poi il salicilato di soda, almeno nel mio caso, agisse non soltanto contro il sintomo glicosuria, ma veramente su tutto il complesso dei sintomi della malattia, lo provano, oltre la scomparsa dello zuccaro, non solo la diminuzione della quantità delle urine e il cessare della sete, che a quella possono essere riferite, ma la diminuzione del peso specifico, che arrivò fino a 1015, e che si mantenne durante la cura

Digitized by Google

col salicilato di soda nei limiti normali di 1020-1021, ma specialmente il benessere generale, il ripristino delle forze e della potenza virile, e il conservarsi del peso del corpo, del quale si notò anzi lieve aumento. Che poi l'influenza del rimedio fosse benefica, e non si esercitasse mercè un'azione avvelenatrice, come accade per altre sostanze che sospendono la glicosuria, almeno secondo alcuni, (Cantani) ed impedendo l'assorbimento intestinale, ne fà fede, oltre le cose già accennate, la regolarità delle funzioni digestive, malgrado l'uso prolungato della medicina.

Quanto all'azione dell'acido timico, che noi non abbiamo potuto esperimentare prima, non essendone provvedute le nostre farmacie, noi non abbiamo potuto venirne sufficentemente in chiaro, essendo stato l'esperimento troppo breve, e non circondato dalle necessarie cautele. Se è lecito trarre da esso qualche deduzione, questa sarebbe che l'acido timico è bene tollerato e forse meglio del salicilato di soda; ch'esso non dispiega nel diabete un'influenza così manifesta e regolare come quel sale, se pure una ne dispiega. Ad ogni modo sarebbe interessante e ragionevole, ci pare, il ritentarne in condizioni migliori la prova.

È evidente, che la malattia, su cui noi esperimentammo, essendo un diabete in primo stadio, un diabete i cui sintomi si potevano far scomparire colla sola dieta carnea, sarebbe poco ragionevole di dedurre da questa sola osservazione delle conseguenze generali. Ma se si tien calcolo delle altre osservazioni consimili finora conosciute è ben certo che la presente vi aggiunge non poco peso; sicchè colla scorta di questa e di quelle si può stabilire:

1° Che il salicilato di soda è bene tollerato dai diabetici, e che i fenomeni di avvelenamento non sor-

Digitized by Google

vengono che in seguito a dosi forti o a dosi mediocri lungamente prolungate. Che questi fenomeni non sono punto pericolosi, e scompaiono tosto dopo la sospensione del rimedio.

2° Che il salicilato di soda agisce nei casi leggeri e non inveterati di diabete i quali cedono all'alimentazione carnea, facendo cessare la glicosuria, la poliuria, la sete, e restituendo le forze agli ammalati. Che nei casi più gravi e inveterati egli agisce per lo più attenuando i sintomi della malattia.

3° Che quest'azione si esercita non già per effetto di un avvelenamento, come avviene per altre sostanze, ma veramente per un'azione elettiva, finora sconosciuta, su quegli organi e sulle loro funzioni e su quei processi fisici e chimici la cui alterazione o deviazione ha per effetto la glicosuria.

Vorremo ora noi avanzare qualche ipotesi intorno al modo come potrebbe spiegarsi l'efficacia del salicilato di soda nel diabete mellito? Nello stato attuale della scienza, e senza il conforto di altri sperimenti clinici e di esperimenti sugli animali, noi ci perderemmo in un pelago di speculazioni teoriche, senza speranza di poter approdare ad alcun risultato *positivo* ed utile per il nostro studio. Forse ci è lecito di pensare, che giacchè il sale si mostra particolarmente attivo nei casi leggeri, nelle forme probabilmente *gastroenterogene*, la sua azione sia un'azione diretta sui processi fisici e chimici, specialmente della digestione e dell'assorbimento intestinale. Quando noi dicemmo di non credere che nel nostro caso il salicilato di soda agisse *impedendo l'assorbimento intestinale*, noi abbiamo voluto esprimere, che non crediamo che

Digitized by Google

esso agisca provocando un catarro intestinale e *sospendendo* così tale assorbimento, come avviene ad esempio, secondo Cantani (1), quando in seguito alla somministrazione dell'arsenico scompare temporaneamente la glicosuria; ma non abbiamo voluto escludere perciò che la sua azione non potesse per avventura essere anche dovuta ad un rallentato assorbimento, in seguito al quale rallentamento alcuni idrocarburi, inosite varie specie di zuccaro ecc., soffermandosi più lungamente nel tubo intestinale subissero quivi ulteriore trasformazione in acido lattico e potessero così ancora essere utilizzati dall' organismo. Come certo per contrario non vorremmo per nessun conto escludere che invece il salicilato di soda agisse come antifermentativo così da modificare grandemente le influenze dei fermenti pancreatico ecc., o invece fosse capace di eccitare in modo particolare la secrezione del fegato, delle ghiandole gastriche e intestinali, del pancreas, appunto come secondo lo stesso Cantani si spiegherebbe la benefica influenza degli alcalini in questa malattia.

Ma la ricerca di ipotesi che non siano dedotte da nozioni scientifiche esperimentali è vana, e per servirci delle parole che ad altro intento usava l'illustre *Bernard* (2), è *una specie di lotteria, che fornisce una infinità di risultati negativi per un risultato felice.* A noi dunque meglio non resta per ora che di esporre ed annotare il fatto, quale l'abbiamo osservato.

(1) L. c., p. 460.
(2) *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale.* Paris, 1877.

Digitized by Google

OSSERVAZIONI

SUI MOVIMENTI DEL CERVELLO DI UN IDIOTA EPILETTICO

RACCOLTE

dal Dott. **G. Albertotti** e dal Prof. **A. Mosso**.

§ 1.

Introduzione.

Lo studio dei movimenti cerebrali nell'uomo essendo il mezzo più diretto per conoscere le modificazioni che può subire la circolazione del sangue nei centri nervosi, costituisce una questione vitale nella scienza, da cui la fisiologia e la psicologia aspettano delle importanti rivelazioni, che valgano a scemare l'ignoranza che avvolge come in un mistero quanto riguarda l'intima natura dell'attività nervosa e il meccanismo delle funzioni intellettuali. Nel mese di novembre del 1876 venivano presentati a questa Accademia una serie di tracciati che i Dottori Giacomini e Mosso avevano ottenuto nella primavera dello stesso anno dal cervello di una donna. Contemporaneamente nella Francia (1) e più tardi nell'Inghilterra (2) si

(1) A. Salathé — *Comptes rendus* 19 juin 1876.
— *Recherches sur les mouvements du cerveau.* Paris, 1877.
F. Franck — *Recherches critiques et expérimentales sur les mouvements alternatifs d'expansion et de resserrements du cerveau.* Journal de l'anatomie et de la physiologie de Ch. Robin, num. de mai 1877.

(2) William Fleming — The motions of the Brain. Glasgow. *Medical Journal*, juli 1877.

Digitized by Google

pubblicavano altri lavori eseguiti con apparecchi analoghi, e indirizzati al medesimo scopo di registrare i movimenti del cervello, sostituendo un tracciato indelebile e sicuro all'apparizione fugace di un fenomeno che l'occhio non sarebbe in altro modo riuscito ad analizzare nell'intreccio complicato delle forme variabili di cui è capace. Le osservazioni e le esperienze che esporremo sui movimenti del cervello, dimostreranno come la fisiologia non abbia fatto che un primo passo in questo campo. Essa ne prese possesso coll'introduzione dei metodi esatti di indagine, ma il terreno deve essere dissodato con lavori diligenti, se vuol trarsi profitto della sua ricchezza per renderlo fecondo di utili applicazioni. Anche considerato dal semplice punto di vista meccanico, è questo uno dei più ardui problemi della fisiologia umana per l'estrema complicanza delle cause che prendono parte ai mutamenti della circolazione sanguigna, fra cui la influenza del respiro, l'energia delle pulsazioni cardiache, l'azione nervosa, le emozioni e l'attività cerebrale, i movimenti dei vasi, le variazioni nell'elasticità delle loro pareti, le influenze meccaniche per la ineguale distribuzione del sangue in varie parti del corpo, i movimenti del liquido cefalo-rachideo, le contrazioni muscolari, ecc. Per affrontare con la speranza di qualche successo un tema così intricato, quando esiste accidentalmente un'apertura nel cranio è indispensabile che la persona soggetta alle esperienze cooperi con la sua volontà alla riuscita delle indagini, ciò che disgraziatamente fu del tutto impossibile ottenere nelle indagini che formano oggetto della presente Memoria, perchè si trattava di un ragazzo idiota.

La storia clinica del giovane Thron su cui vennero

Digitized by Google

eseguite le nostre esperienze fu già pubblicata dal Dott. Albertotti in due memorie presentate a questa Accademia (1). Gli esperimenti contenuti nella presente nota sono una continuazione dei lavori pubblicati dal Prof. Mosso (2) col Prof. Giacomini (3) nell'Archivio per le scienze mediche.

§ 2.

Storia clinica dell'ammalato.

Per facilitare l'intelligenza degli studi da noi fatti sui movimenti del cervello, crediamo opportuno di ripetere alcuni dati che togliamo dalla storia clinica sopra menzionata.

« Thron Giovanni è un ragazzo epilettico di circa 11 anni, con « fisionomia simpatica, e bellissimo nelle proporzioni e nella « forma del corpo. Egli aveva appena 18 mesi quando in seguito « all'urto di una caduta riportò una grave ferita alla regione « temporo-parietale destra, che guariva lasciando una cicatrice « della pelle con perdita notevole di sostanza ossea del cranio. « Pare dalle scarse notizie che si poterono raccogliere nella sto- « ria anamnestica del giovine Thron che siano trascorsi dopo « questo trauma alcuni anni, senza che apparissero sintomi ce- « rebrali di qualche importanza ».

« Gli accessi epilettiformi e quindi epilettici, si iniziarono solo « verso il terzo anno, i quali col tempo associandosi ad atti ma- « niaci molto gravi obbligarono i di lui parenti a farlo ricoverare « nel Manicomio ».

(1) G. Albertotti. *Idiozia con perdita considerevole di sostanza ossea del cranio — Giornale dell'Accademia di medicina*, 30 marzo 1877. — Continuazione della memoria precedente. Ib. gennaio 1878.

(2) A. Mosso. *Introduzione ad una serie di esperienze sui movimenti del cervello nell'uomo. — Archivio per le scienze mediche.* Vol. I, fasc. 2, 1876.

(3) Giacomini e Mosso. *Esperienze sui movimenti del cervello nell' uomo. — Archivio per le scienze mediche.* Vol. I, fasc. 3, 1876.

Digitized by Google

« Il grado di idiozia è limitato alla capacità di semplici idee « per esprimere i suoi bisogni istintivi; si nota però che all'epoca « del suo ingresso sussistevano ancora idee di un ordine più ele- « vato, perchè parlava ancora di scuole del suo paese e di altri « oggetti ».

« L'attacco epilettico era sempre più o meno preceduto da una « agitazione assordante e molesta, la quale dava, per così dire, « un preavviso agli assistenti infermieri del prossimo accesso, « per cui essi potevano tosto accorrere per ripararlo in sito op- « portuno ».

Quando nel principio della scorsa primavera incominciammo le nostre esperienze, presentava in corrispondenza della regione temporo-parietale una apertura nelle ossa del cranio, ricoperta da pelle sana, nel mezzo della quale scorgevasi una cicat ric verticale. L' apertura aveva una forma elissoide, ed era diretta dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro. Il suo diametro maggiore misurava 70 mm. ed il medio 35 mm. La cicatrice che si protende da un'estremità all'altra nel senso del diametro maggiore è nella larghezza di 6 a 7 mm., affatto sprovvista di peli. In questa apertura del cranio si osservano molto distinte le pulsazioni e i movimenti del cervello. Quando la pelle viene ad infossarsi, vedesi che la breccia è poco profonda, e premendo colle dita, sentesi che il fondo è molto resistente e come lapideo.

« A cominciare dall'agosto p. p. si sviluppò nel nostro am- « malato un processo morboso gastro-enterico con diarrea, per « cui lentamente, senza mutamento veruno nel ritorno degli ac- « cessi epilettici, ne deperiva l'organica costituzione; e da vigo- « roso e florido quale era nel lungo spazio di tempo passato nel « Manicomio, immagrì sommamente, e cessò di vivere quasi ane- « mico il 29 ottobre p. p., 4 o 5 giorni dopo l'ultimo accesso « epilettico ».

Dall'esame del pezzo fatto alcuni mesi dopo insieme al Prof. Giacomini trovammo che l'apertura del cranio era ricoperta da una forte membrana fibrosa: sulla faccia esterna della quale aderiva tenacemente la pelle e la cicatrice. Dal lato interno erano fuse con essa le meningi, che aderivano a loro volta tenacemente alle circonvoluzioni cerebrali atrofizzate per un'estensione alquanto maggiore della breccia.

Digitized by Google

« Il centro della lesione cerebrale interessa l'estremità poste-
« riore del ramo orizzontale della scissura di Silvio, protendendosi
« in alto, ed interessando la porzione anteriore della circonvolu-
« zione parietale inferiore *(lobulus supra-marginalis)* e termi-
« nando sulla parte media della circonvoluzione parietale ascen-
« dente.

« Inferiormente interessa l'estremità posteriore delle tre cir-
« convoluzioni temporo-sfenoidali ed una parte della porzione
« posteriore della circonvoluzione parietale inferiore (piega
« curva, o *gyrus angularis*) ».

Frammezzo alle molte complicanze che rendono difficile lo studio dei movimenti cerebrali avevasi almeno in questo caso il vantaggio di eliminare ogni partecipazione del liquido cefalorachideo alla produzione dei medesimi. Le circonvoluzioni cerebrali distintamente atrofizzate aderivano con tale tenacità alle meningi, che dopo aver indurito il cervello nell'alcool non si riuscì a separarle se non col bistourì. L'autossia ci diede in questo modo la certezza che ogni pulsazione era dovuta ad un aumento di volume del cervello sottostante; e che i tracciati da noi ottenuti studiando esternamente le pulsazioni, le oscillazioni e le ondulazioni della cicatrice corrispondono alle variazioni nella circolazione, all'accumularsi o allo sgorgarsi del sangue dalla massa cerebrale, non già al passaggio del liquido cefalorachideo nella cavità della breccia.

§ 3.

Descrizione dell' apparecchio e prime osservazioni fatte sui movimenti del cervello nella veglia.

Grazie alla solida cicatrice che da lungo tempo il giovine Thron portava sul capo, l'apparecchio racco-

Digitized by Google

glitore delle pulsazioni potè ridursi alla sua maggiore semplicità. L'uso del cardiografo di Marey adoperato prima nelle esperienze che uno di noi fece col Professore Giacomini non era più necessario. Perchè mentre in quel caso dovevansi studiare i movimenti di una cicatrice ricoperta da granulazioni nel mezzo di una vasta piaga vegetante, circondata da folti capelli, che per riguardi dovuti all'ammalata non si potevano tagliare, qui si aveva invece sottomano un idiota ricoverato gratuitamente nel Manicomio ed eravamo in piena libertà di radere i capelli, quanto largamente si voleva, intorno alla cicatrice per applicarvi sopra una lamina di guttaperca che aderisse tenacemente alla pelle sul bordo della breccia. Da una lamina di guttaperca dello spessore di circa 4 millimetri tagliammo un pezzo circolare del diametro di 12 centimetri, e quindi, riscaldatala leggermente, l'adattammo sul capo in modo che essa raffreddandosi vi si modellasse sopra con esattezza. Servendosi di un bottone metallico riscaldato, oppure ricoprendo l'apertura del cranio con un pezzo di cartone inzuppato nell'acqua, che avesse la stessa forma della breccia, si riuscì facilmente scaldando la guttaperca di produrre nella medesima una cupola abbastanza elevata, perchè la pelle anche nei più forti rigonfiamenti del cervello non toccasse le pareti della forma. Sul vertice di questa cupola fissammo solidamente un tubo di vetro del diametro di 6 millimetri e lungo circa 7 centimetri; avendo riguardo che l'apertura fosse così disposta che nel riempiere la forma di acqua potesse cacciarsi fuori tutta l'aria contenutavi.

Questo metodo più semplice dà migliori risultati del cardiografo, perchè non solo vengono con esso eliminate le resistenze della membrana elastica e

Digitized by Google

della molla metallica, trasmettendo direttamente al timpano registratore i movimenti del cervello, ma si ottiene pure il vantaggio di conoscere il valore reale delle variazioni del volume, misurando lo spostamento di un liquido, di cui si riempie la forma.

L'aderenza della guttaperca alla pelle è tale, quando si ha prima la precauzione di scaldare il bordo della forma sopra di una lampada, che anche soffiandovi dentro leggermente non si riesce a staccarla dal capo.

Nelle indagini, che noi abbiamo fatto sul giovine Thron, fummo costretti di limitarci ad alcuni quesiti speciali: perchè era solo possibile di instituire delle esatte osservazioni sui movimenti del cervello durante il sonno, e nel sopore, che teneva dietro ad un accesso di epilessia. Nella veglia sono quasi sempre riusciti inutili i tentativi, che abbiamo fatto per tenerlo quieto ed immobile. Se talora ci fu possibile di applicargli degli strumenti registratori sul capo, intorno al torace ed al braccio, erano tali gli sforzi, che faceva l'ammalato per liberarsene, così prolungate ed insistenti le grida, così disordinati i movimenti, che si dovette quasi sempre desistere.

Nell'esposizione dei tracciati incomincieremo con quelli della veglia. Sebbene uno di noi, il Dott. Albertotti, abbia già descritto nella storia clinica sopra citata i fenomeni più caratteristici presentati dal giovine Thron durante la sua malattia, aggiungeremo ad ogni tracciato qualche nota per renderne più facile l'intelligenza. Queste note le riproduciamo fedelmente dal giornale delle nostre osservazioni, limitandoci a ripetere quel tanto, che trovasi scrittò nella pagina del tracciato di cui diamo un fac-simile.

12 aprile 1877 — Thron stette oggi tutto il giorno alzato. Alle 2,30 pom. andiamo a cercarlo nel giar-

Digitized by Google

dino. Lo troviamo solo mentre si trastulla con un ramoscello. Uno di noi gli offre qualche confetto, che accetta e mangia con molta avidità. A tutte le nostre interrogazioni risponde esclusivamente questi due motti: *Veui andà a l'école* (voglio andare a scuola), oppure *Mondon*, che non sappiamo cosa voglia dire. La pelle del capo era infossata sulla breccia del cranio e pulsava molto visibilmente. Osservandolo, mentre camminava, non ci accorgemmo che zoppicasse, benchè avesse un' andatura alquanto strana, prodotta forse dalle scarpe estremamente larghe e pesanti.

Pregatolo di venire con noi, malgrado tutte le promesse non si riuscì a deciderlo di seguirci.

Si ricorse al partito di prendergli il cappello, ed egli ci venne dietro atteggiando la sua fisionomia al dolore, e pronunciando ripetutamente con voce lamentevole e quasi piangente le parole: *Veui ma calotte* (voglio la mia berretta). Arrivati in questo modo vicino alla scala dell'infermeria, rifiutandosi egli di seguirci, lo si dovette portare dentro a viva forza, mentre gridava e piangeva ad alta voce. Svestitolo e coricatolo nel letto si riuscì per mezzo di confetti a calmarlo.

Fatta scaldare leggermente la forma di guttaperca venne applicata sul capo, che erasi prima raso largamente intorno alla ferita. Per scrivere eziandio i movimenti della respirazione applicammo intorno al torace il pneumografo a tubo di gomma (1). Si riempie

(1) Questo apparecchio è il più semplice dei pneumografi: e noi lo raccomandiamo a quanti non hanno i mezzi per procacciarsi degli strumenti più complicati e più cari. Come venne già descritto in una precedente memoria (A. Mosso, *Sui movimenti dei vasi sanguigni*, Torino, 1875), esso consta di un tubo di gomma elastica a pareti sottili del diametro di circa 2 centimetri e lungo quanto basta per fare un giro intorno al

Digitized by Google

con acqua lo spazio che rimane vuoto tra la forma di guttaperca e la pelle del capo, facendo salire il livello del liquido fino a metà del tubo di vetro impiantato sulla cupola della forma che sovrasta la breccia. Il tubo di vetro era lungo circa 10 centimetri. Questo metodo che dà buoni risultati, quando trattasi di misurare il valore assoluto dei cambiamenti di volume del cervello, ha però l'inconveniente, se non si adopera un tubo abbastanza largo, di deformare i tracciati delle pulsazioni: perciò nelle esperienze successive preferimmo di servirci esclusivamente dell'aria contenuta nella forma per trasmettere e scrivere i movimenti del cervello.

Mentre un infermiere gli tiene sollevate le braccia e l'ammalato sta seduto succhiando un confetto, facciamo una lunga serie di tentativi per avere contemporaneamente un tracciato della respirazione e del polso cerebrale, ma tutti riescono poco soddisfacenti per il forte predominio che i movimenti respiratorii esercitano sul volume del cervello.

Il trac. I (tav. I) rappresenta una delle osservazioni fatte in queste circostanze. La linea superiore *T* è scritta dal torace: nell'inspirazione la penna si eleva e si abbassa nella espirazione. Ciò vale per tutte le osservazioni seguenti.

Nelle due espirazioni prolungate che osservansi nel mezzo del tracciato, Thron pronunziò qualche parola. La linea inferiore *C* è dovuta ai movimenti cerebrali, e ancora qui come sempre, ad ogni aumento di volume corrisponde una elevazione della curva, e ad ogni di-

torace. Affibbiatolo sul medesimo e messe le sue due estremità per mezzo di una forchetta in comunicazione con un timpano registratore di Marey, lo spostamento dell'aria contenuta nel suo interno basta per registrare ogni movimento della respirazione.

Digitized by Google

minuzione un abbassamento. Le due penne erano situate esattamente l'una sotto l'altra. — Il cilindro girava da destra a sinistra: la velocità è di 42 centimetri al minuto — tanto in questa quanto nelle seguenti esperienze.

Sebbene anche nelle altre osservazioni, che non riproduciamo per brevità, si scorga chiaramente una certa corrispondenza fra i tracciati della respirazione molto disordinata del volume cerebrale, non crediamo per ora prudente di trarne qualche conclusione, per l'estrema complicanza dei tracciati, nei quali si traduce contemporaneamente l'influenza dei movimenti delle estremità, che, come è facile ad intendersi, non potemmo registrare.

Vedendo che riusciva del tutto inutile l'aspettare che si calmasse, gli leviamo la forma di guttaperca e lo lasciamo in libertà.

§ 4.

Azione del cloralio sui movimenti del cervello.

Ritornati la sera nella sua camera alle 8, 30 lo troviamo seduto nel letto che sta trastullandosi con un infermiere. Le pulsazioni del cervello sono chiaramente visibili. Fatta riscaldare la forma di guttaperca gliel'applichiamo nuovamente sul capo e gli si affibbia intorno al torace il tubo del pneumografo. Vedendo che non cessa dal contorcersi, perduta ogni speranza di renderlo tranquillo, dopo che ruppe l'apparecchio, si deliberò di amministrargli un gramma di cloralio. La propinazione del rimedio parve calmarlo alquanto, senza che però si addormentasse; i movimenti del cervello erano talmente deboli che non

Digitized by Google

si riusciva di scriverli. Ricompaiono per un istante e quindi scompaiono di nuovo dopo che il ragazzo pronunciò qualche parola. Credendo che l'esperienza non desse buoni risultati, perchè temevamo fosse caduto qualche frammento di vetro dentro la forma, la stacchiamo con qualche difficoltà e troviamo contro le nostre previsioni che tutto era in ordine. L'ammalato conservasi immobile e coricato orizzontalmente nel letto col capo alquanto sollevato. Per quanto si osservi attentamente la superficie della pelle, che ricopre la breccia del cranio, non si può distinguere alcuna pulsazione della medesima. Manca ogni traccia di infossatura e vi è anzi una leggiera elevazione della pelle corrispondente all'apertura del cranio.

Non sappiamo come spiegarci questa mancanza dei movimenti cerebrali, che erano tanto distinti nella veglia. Dopo aver aspettato oltre mezz'ora, vedendo che l'ammalato invece di addormentarsi voleva sedersi e diveniva irrequieto, gli amministriamo un altro gramma di cloralio sciolto in acqua con sciroppo. Dopo dieci minuti il giovine Thron è profondamente tranquillo. Sono ricomparse le pulsazioni del cervello; dopo averle osservate per qualche minuto ad occhio nudo, gli applichiamo sull'apertura del cranio un timpano di Buisson, e per mezzo del timpano a leva registratore otteniamo il tracciato 2 (tav. I); nel quale vengono scritti contemporaneamente anche i movimenti della respirazione. Il ragazzo benchè rimanga del tutto immobile, non dorme: egli è assopito, i muscoli delle estremità sono rilassati e gli occhi socchiusi. Di quando in quando ripete il solito motto *Mondon*, come vedesi nel finire del tracciato 2.

La respirazione è tranquilla e benchè essa sia molto superficiale, si scorge che ha una certa influenza sui

Digitized by Google

cambiamenti di volume del cervello il quale si abbassa nell'inspirazione e si eleva nell'espirazione successiva. Questo fenomeno è più evidente nel tracciato 3, dove il sonno essendo più profondo, si vede un rallentamento considerevole della frequenza respiratoria. Il rapporto fra l'inspirazione e l'espirazione si mutò esso pure, come lo mostra l'aspetto differente dei tracciati respiratorii 2 e 3. Nel tracciato 4, scritto 6 minuti dopo il profilo della curva respiratoria, diviene ancora più diverso dal primo, allungandosi oltremodo l'inspirazione ed abbreviandosi la fase espiratoria.

Crediamo per ora immaturo di fermarci più estesamente sulle trasformazioni che subisce il respiro nel sonno cloralico, perchè esse formano l'oggetto di un prossimo lavoro, per cui uno di noi raccolse prima un abbondante materiale corredato di molte osservazioni fatte nel sonno naturale, le quali si accordano del resto coi presenti risultati.

La frequenza e la forma del polso cerebrale si modificarono relativamente assai meno coll'approfondirsi del sonno.

Dopo circa un'ora dalla seconda amministrazione del cloralio, vedendo che i movimenti respiratorii ritornavano al tipo normale, come si vede nel trac. 5 (tav. I in *G*), lo si chiama forte per nome, Giovanni. L'ammalato non si sveglia e non fa alcun movimento percettibile, benchè tutti lo guardiamo attentamente. La modificazione nel volume del cervello e nella forma delle pulsazioni è però manifestissima, e si ripete cogli stessi caratteri in altre due esperienze, che facciamo nei tre minuti successivi chiamandolo fortemente per nome senza riuscire a svegliarlo.

Terminate queste esperienze nei 4 o 5 minuti, che trascorsero per fissare le curve ed infumare un altro

Digitized by Google

cilindro, il volume del cervello subiva una profonda modificazione, benchè a detta degli astanti il ragazzo fosse rimasto del tutto immobile. La pelle nell'apertura del cranio erasi approfondita in modo che il timpano, malgrado il bottone di sughero che esso portava, non bastava più per toccare il fondo della infossatura. Riusciti inutili tutti i tentativi per scrivere il polso del cervello, si dovette sospendere l'esperienza. Fu questo uno dei casi i più evidenti, in cui esisteva un assopimento profondo con diminuzione di volume del cervello.

Circa mezz'ora dopo il ragazzo faceva dei movimenti apparentemente spontanei, si voltò nel letto aprendo gli occhi, alle 11 pom. quando lo lasciammo, aveva gli occhi socchiusi, ma non ci fu possibile di farlo parlare.

§ 5.

Sulle variazioni nell'energia del polso cerebrale.

Affrontiamo direttamente questo argomento, in cui aprimmo un campo non ancora esplorato di ricerche intorno alla fisiologia della circolazione nei centri nervosi, esponendo fedelmente alcune osservazioni fatte pochi giorni dopo. Per stabilire con esattezza le condizioni in cui trovavasi l'ammalato, ripetiamo ancora qui, come venne già fatto prima, quanto trovasi scritto nel giornale delle nostre osservazioni.

16 aprile 1877. — Thron ebbe nel mattino due accessi epilettici, cui fu presente il Dottor Albertotti. Lo visitiamo alle 3 pom. e lo troviamo coricato: profondamente tranquillo, spossato, indifferente a tutto. Essendosi imbrattato, si fa lavare con acqua fredda e lo si

Digitized by Google

rimette nel letto. Facciamo alcuni tentativi per applicargli il pletismografo che riescono inutili. I movimenti del cervello sono abbastanza forti. Scriviamo alcuni tracciati, e quindi l'ammalato avendoci rotto l'apparecchio con un rapido movimento del capo sospendiamo l'osservazione. Alle 5 1[2 l' ammalato era sempre immerso in uno stato di sonnolenza e di ebetudine completa.

Alle 9 pom. lo troviamo completamente svegliato cogli occhi aperti, tranquillo e come affaticato. Gli applichiamo la forma di guttaperca sul capo: la si riempie di acqua, e si ottiene il tracc. 6 — Tav. II.

Il polso cerebrale va successivamente aumentando di ampiezza e cambia di forma, come si scorge nei tracciati 7 ed 8, scritti pochi minuti più tardi. Le ondulazioni già evidenti nella prima curva 6, sono dopo fortissime. Levando la comunicazione del tubo di vetro col timpano registratore, constatiamo egualmente ad occhio che il livello del liquido si eleva e si abbassa notevolmente, mentre persiste alla superficie il movimento più rapido delle pulsazioni. L'ammalato giace completamente immobile. Il ritmo stesso ed i lunghi intervalli, in cui si producono tali elevazioni, provano chiaramente che questo fenomeno è indipendente dalla respirazione. *(Continua).*

PARTE NON UFFICIALE

NOTIZIE

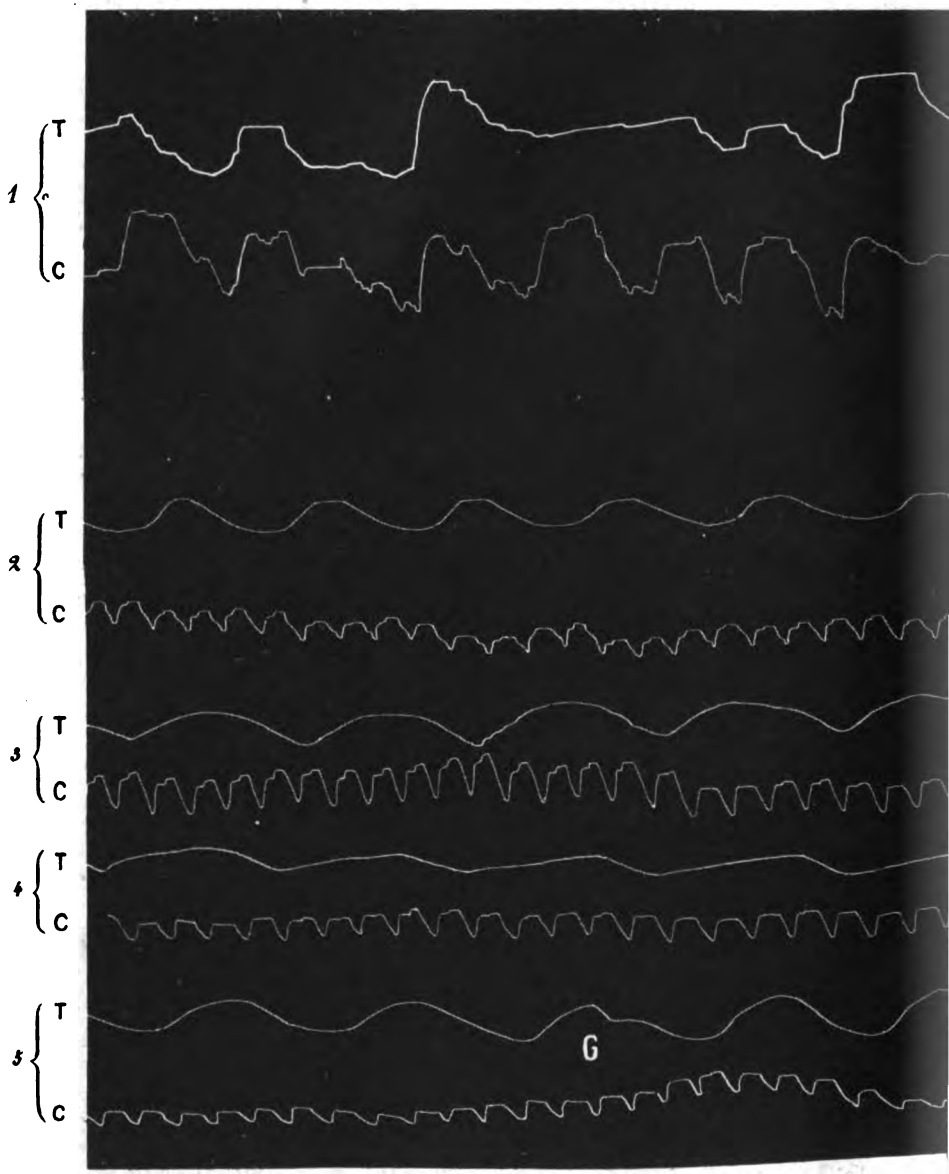
ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE DEL 1878.

Esposizione delle scienze antropologiche.

Una risoluzione del Ministro dell'agricoltura e del commercio di Francia, in data del 29 marzo ultimo, ha deciso che una Espo-

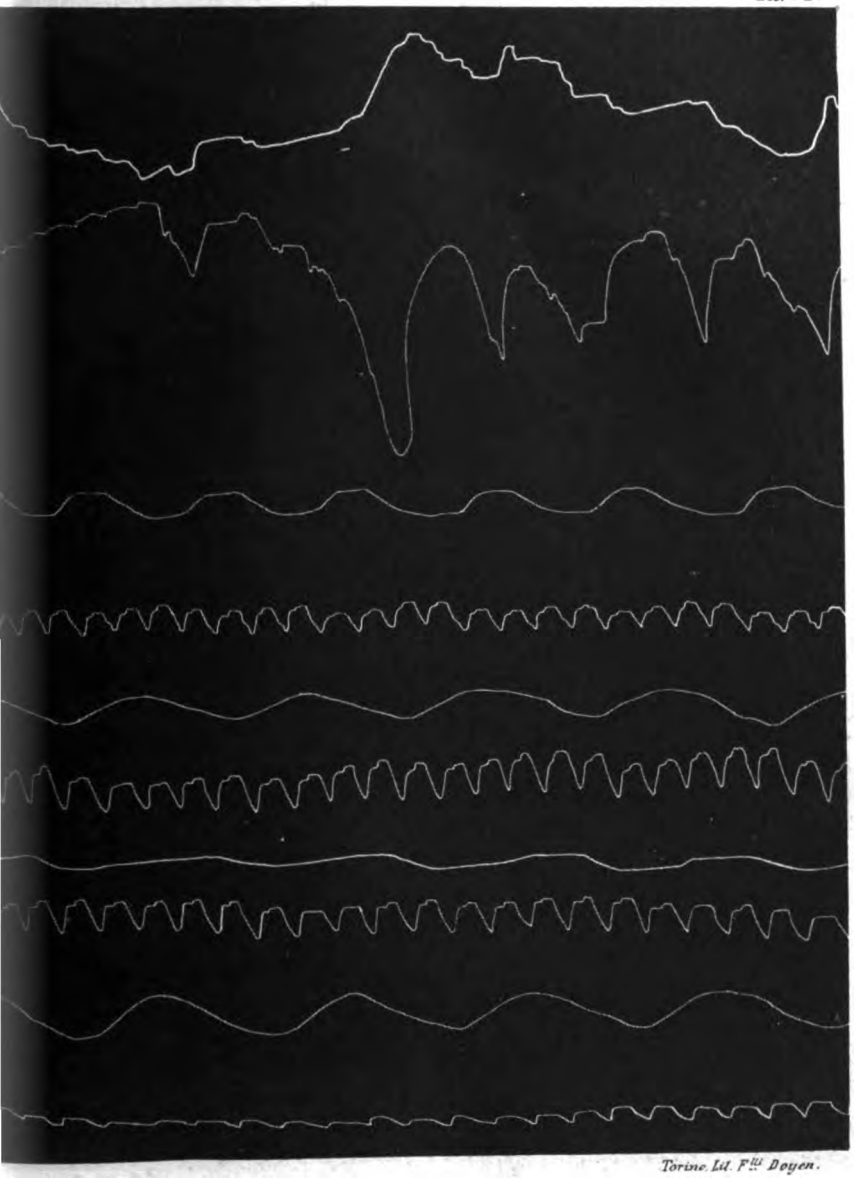
Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

Tav. I.

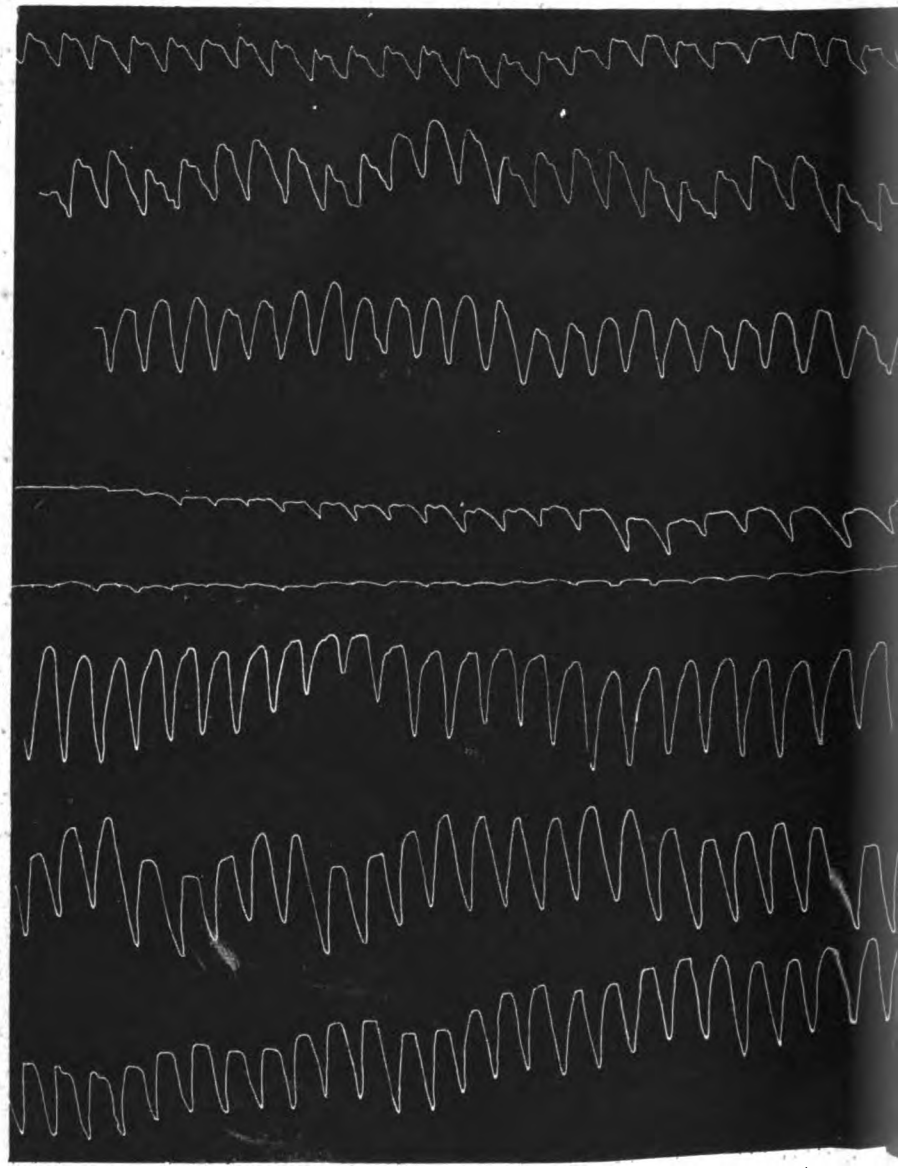


Torino Lit. F.lli Doyen.

Digitized by Google

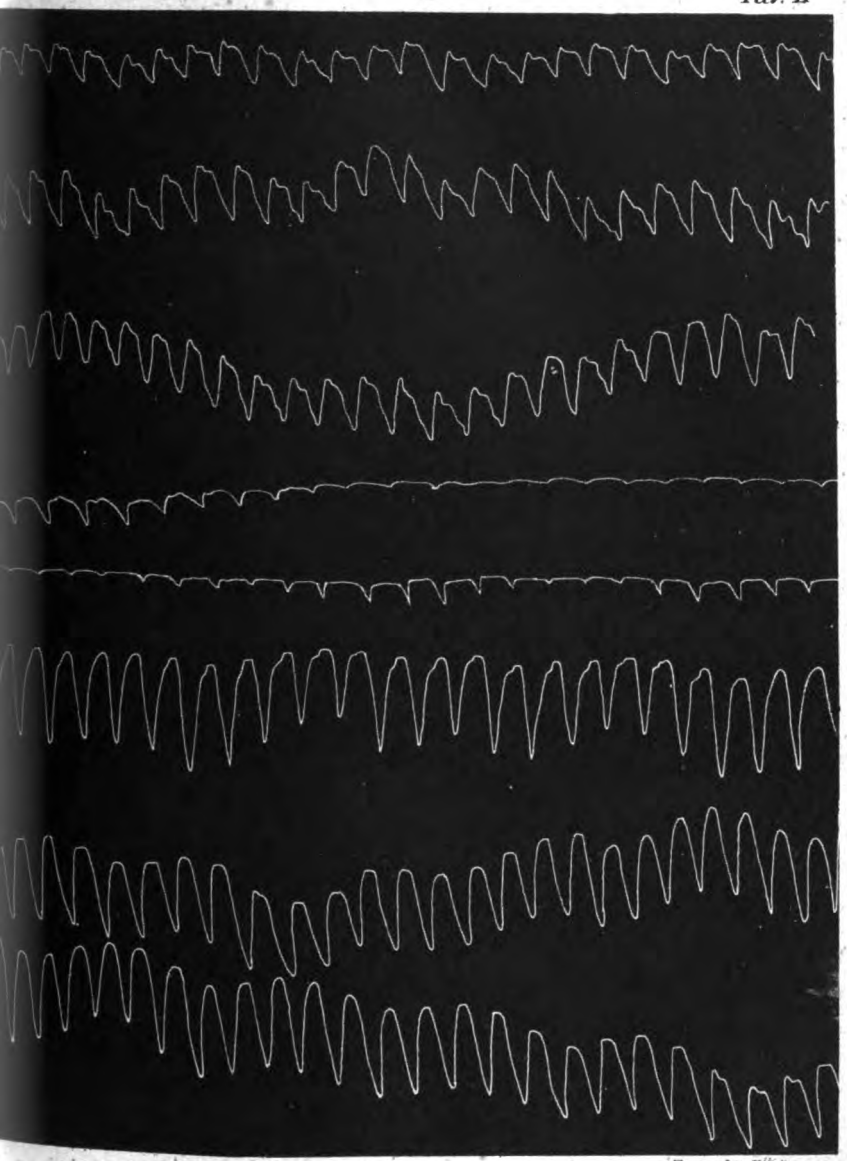
Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

Tav. II

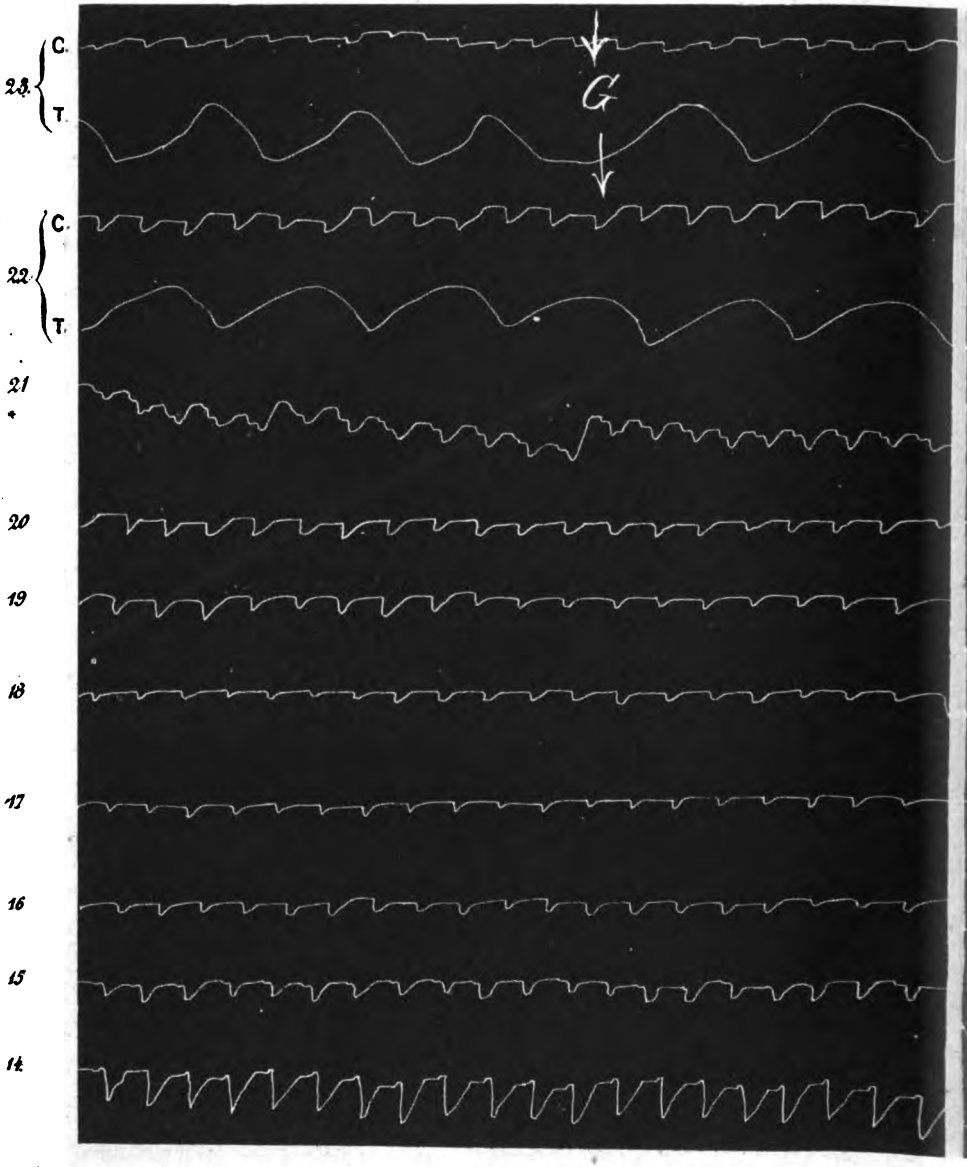


Torino, Lit. F^lli Doyen.

Digitized by Google

Digitized by Google

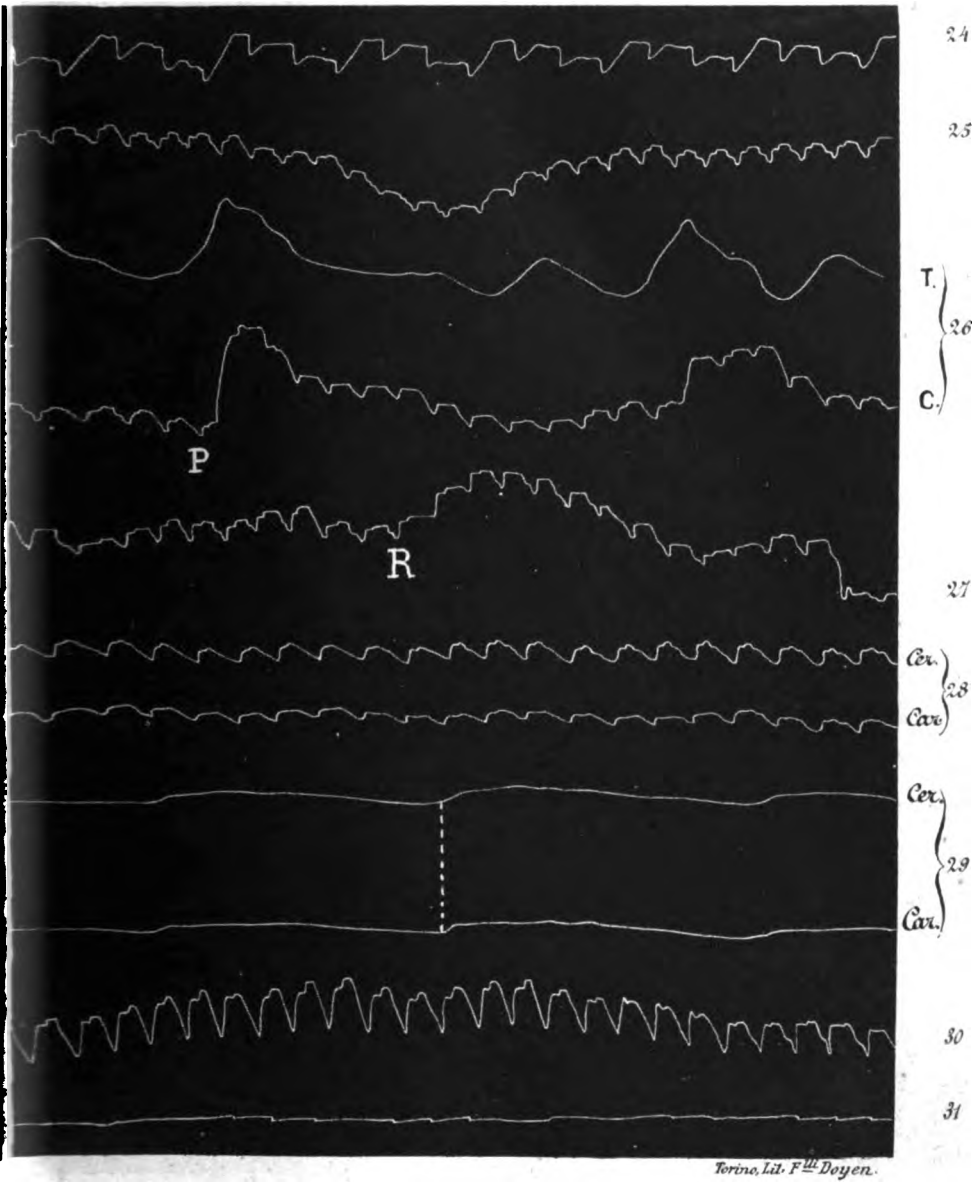
Digitized by Google



Digitized by Google

del Cervello.

Tav. III.

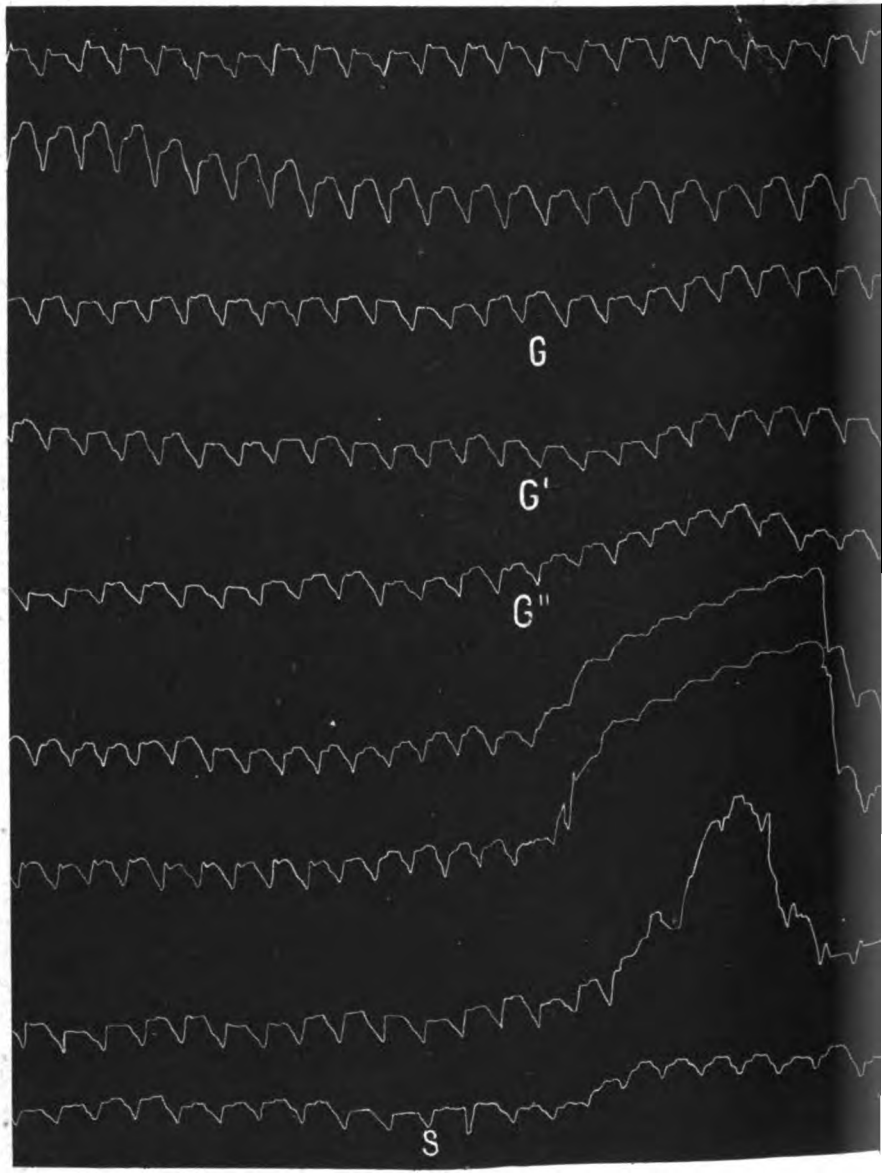


Torino, Lit. F.lli Doyen.

Digitized by Google

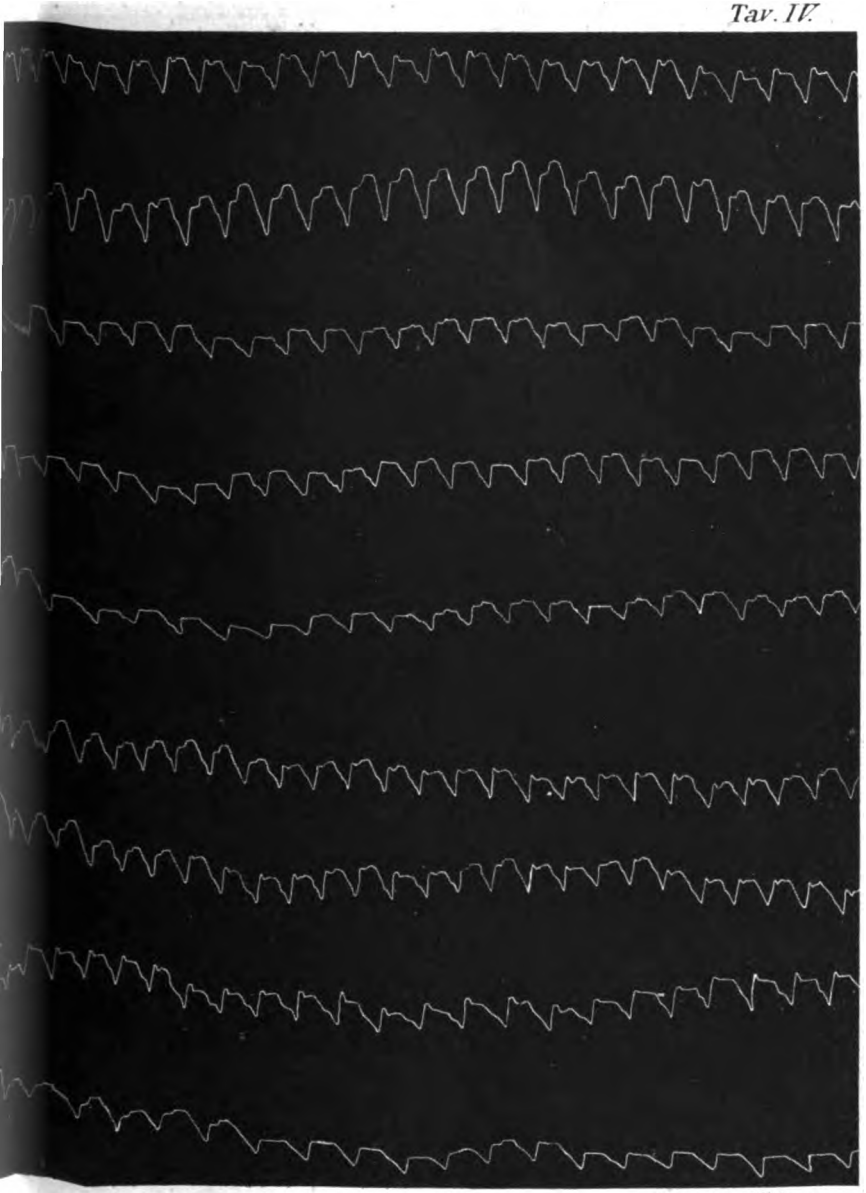
Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

Tav. IV.



Torino, Lit. F.lli Doyen

Digitized by Google

Digitized by Google

sizione delle scienze antropologiche sarà aperta nei locali della Esposizione universale internazionale, dal 1° maggio 1878 al 31 ottobre seguente, ed ha confidato le cure dell' organizzazione e dello stabilimento di questa Esposizione alla Società d'antropologia.

Ecco il regolamento di questa Esposizione:

REGOLAMENTO

Art. 1° — L'Esposizione delle scienze antropologiche avrà luogo nella galleria a due piani che attornia il padiglione centrale dell'edifizio costrutto a Trocadero.

Di più, una galleria di sepolture dai tempi i più remoti fino ai nostri giorni, sarà organizzata per le cure della Commissione delle scienze antropologiche nei cripti che si trovano sotto l'ala sinistra dell'edifizio visto dalla parte del giardino.

Art. 2° — Le gallerie saranno perfettamente chiuse.

L'Amministrazione prenderà tutte le misure necessarie per assicurarne la custodia.

Non vi sarà acceso alcun fuoco, nè conservata alcuna cassa da imballare od altre materie infiammabili.

Art. 3° — La Commissione nominata dalla Società d' antropologia è incaricata della ricevuta e del classificamento degli oggetti mandati.

Per gli stranieri, ella si metterà per mezzo del Commissariato Generale in rapporto colle Commissioni di ciascuna nazione.

Art. 4° — La classificazione avrà luogo secondo l'ordine scientifico. Tuttavia le collezioni d'un medesimo esponente saranno divise il meno possibile.

Si cercherà ugualmente di mettere insieme le collezioni di ciascheduna nazione.

Art. 5° — Tutte le spese d'imballaggio, d'invetriata, di installamento e di rimballagio saranno fatte dall'Amministrazione, sia che gli oggetti vengano dalla Francia o dall'Estero.

Art. 6° — L'Amministrazione prenderà a suo carico la spesa del trasporto, andata e ritorno, per gli oggetti pei quali il luogo

Digitized by Google

d' Esposizione è in Francia, tutte le volte che la domanda ne sarà stata fatta dagli espositori e sarà stata accettata dalla Commissione Generale.

Art. 7° — Ciascun collo che venga di Francia dovrà portare le seguenti marche:

1° Le lettere E. U. (esposizione universale), chiusa fra un cerchio.

2° Al disotto delle lettere E. U., l' iscrizione scienze antropologiche.

3° Il nome del proprietario. Due etichette d'uno speciale modello devono essere incollate caduna su due faccie differenti del collo. Quest'etichette saranno spedite agli espositori che le avranno domandate per lettera al sig. Mortillet (Castello di S. Germano, Senna e Oisa). Esse serviranno d'indirizzo per la spedizione dei colli alle gallerie del Trocadero a Parigi.

Art. 8° — Gli stranieri dovranno far giungere i loro colli per mezzo dell' intermediario della loro Commissione Nazionale. Questi colli dovranno essere uniformati altresì a tutte le prescrizioni più sopra indicate.

Art. 9° — Ogni spedizione, francese o straniera, dovrà essere accompagnata d' una nota la quale dia la distinta, la provenienza ed il valore degli oggetti che in essa sono contenuti.

Art. 10° — Le casse contenenti gli oggetti destinati all' Esposizione delle scienze antropologiche, saranno trasportate nelle gallerie destinate a questa esposizione, ed ivi saranno aperte per cura della Commissione, in presenza del proprietario o del suo rappresentante.

La distinta sarà verificata ed al bisogno rettificata e segnata.

La Commissione si riserva di ridurre o di rifiutare l'oggetto o la collezione in caso d'esagerazione nei prezzi indicati.

Art. 11° — Il nome e la nazionalità dell' espositore dovranno sempre essere indicati in vista degli oggetti che gli appartengono. Essi saranno riprodotti sul Catalogo.

Art. 12° — Durante tutto il tempo dell' Esposizione, dal 1° maggio 1878 ai 31 ottobre seguente, nessun oggetto non potrà essere ritirato senza un'autorizzazione speciale del Senatore Commissionario Generale.

Digitized by Google

Art. 13° — I disegni e le riproduzioni degli oggetti esposti non si potranno eseguire che dietro autorizzazione formale del proprietario.

Art. 14° — Oltre le indicazioni sommarie nel Catalogo generale dell'Esposizione, sarà compilato un Catalogo speciale delle scienze antropologiche nell'ordine metodico, con in fine la tavola degli espositori e quella della nazionalità.

Art. 15° — Il rimballaggio e la rispedizione degli oggetti esposti sarà sorvegliata dalla Commissione colla più grande cura.

Questo avrà luogo nel più breve tempo possibile dopo il 31 ottobre, giorno della chiusura.

(Estratto dal *Giornale Ufficiale* di Francia, 24 agosto 1877).

NECROLOGIA

Riceviamo da Roma la dolorosa notizia della morte del Chiarissimo Prof. Giuseppe Girolami, che fu Medico Direttore del Manicomio di Pesaro e quindi di quello di Roma, dove insegnava pure la clinica psichiatrica. Modesto e dotto pubblicò molte memorie di freniatria concepite preferibilmente nel senso della scuola psicologica, anzi spiritualista, sebbene tenesse pure in gran conto le condizioni organiche ed in ispecie i temperamenti nell' eziogenesi delle alienazioni mentali. Trattò in particolar modo dell'*Influenza della civiltà sull'aumento della pazzia e dei mezzi di rimediarvi. Dei confini della pazzia colla ragione. Delle congenite disarmonie ed eccentricità dello spirito ecc.* Pubblicò inoltre rapporti sui Manicomii esteri e vari Rendiconti degli Ospizi da lui diretti. Ne' suoi scritti si ammira in un coll'eletta intelligenza una grande bontà e rettitudine d'animo, il pensiero però invece di sorgere sempre limpido vi è sovente espresso con una certa sfumatura che nuoce alla chiarezza. Del resto le esimie sue qualità morali lo facevano sinceramente amare e stimare da tutti. Egli era Membro corrispondente distintissimo di nostra Accademia.

P.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 1ª settimana dal 30 dicembre 1877 al 5 gennaio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	To
Debolezza, anomalie, deformità congenite	1	4	5	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	
Asfissia ed apoplessia per parto	»	1	1	» tubercolose, scrofolose	3	8	1
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	2	3	» sifilitiche	»	»	
Convulsioni, elmintiasi	5	3	8	» nervose	»	1	
Difterite e croup	1	1	2	» ematiche	»	»	
Coclussie	»	»	»	» calcolose	»	»	
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	1	1	
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	1	
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	2	2	
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	6	5	11	TOTALE	79	70	14
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	7	11	1
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	»	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	1	»	1	TOTALE nella 1ª settim.na	86	81	16
Malattie dell'appar.o respiratorio	30	23	53	» nelle settim.e precedenti	»	»	»
» dell'apparato dell'alimentazione	8	10	18				
» dell'app.o cardio-vasale	5	4	9	TOTALE complessivo	86	81	16
» del sistema nervoso	10	4	14				
» dell'app. uropoietico e genitale	2	»	2				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	79	70	14
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 1ª settimana	65	67	132	6	5	11
Nelle precedenti	»	»	»	»	»	»
TOTALE COMPLESSIVO	65	67	132	6	5	11

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 18 *gennaio* 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Giacomini, Peyrani, Berutti, Rizzetti, Arena, Porporati, Perosino, Mosso, Bizzozero, Gamba, Colomiatti e Novaro.

Letti ed approvati i verbali delle due sedute precedenti, il **Presidente** ringrazia i Soci **Peyrani** e **Rizzetti** per la redazione dell'indirizzo dell'Accademia a S. M. **Umberto I.**

Il Segretario Generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Barduzzi *Dott.* Domenico — *Dell'uso del solfato di rame in alcune dermatosi croniche.* Milano, 1877 (Estratto dal *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*).

Denza *Prof.* Francesco — *Studi sulla climatologia della Valle d'Aosta.* Torino, 1877.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino*, N. 52, Torino, 1877.

Tordeus *Docteur* Ed. — *Contribution à l'histoire de la Rubéole.* Bruxelles, 1877 (Extrait du *Journal publié par la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*).

Verardini *Dott.* Ferdinando — *Ulteriori studii intorno l'uso della salicina nelle tifoidee dell'uomo.* Bologna, 1877 (Estratto dal *Bullettino delle scienze mediche di Bologna*).

Quindi ha la parola il Socio **Mosso**, il quale comunica all'Accademia le osservazioni da lui fatte col Dott. Albertotti sui movimenti del cervello in un idiota (vedi pag. 47, N° 1-2).

Digitized by Google

Finita questa comunicazione, il **Presidente** ringrazia il Socio Mosso e poscia invita il Socio **Colomiatti** a dare notizie della salute del Socio **Martorelli.**

Il Socio **Colomiatti** dice che il Socio Martorelli ebbe un insulto apopletico con emiplegia a sinistra, ma che ora ha già riacquistato in gran parte l'uso dei suoi membri e che tutto lascia prevedere una pronta guarigione.

Il **Presidente** ringrazia il Socio **Colomiatti** e lo incarica di dire al Socio Martorelli che l'Accademia fa voti pel pronto ristabilimento della sua salute.

Il Socio **Novaro** presenta due operati della clinica chirurgica diretta dal Chiar.^mo^ Prof. L. Bruno, e ne legge in breve le storie relative.

Il primo, certo M. L., sacerdote, di anni 56, fu operato il 27 settembre 1877 di estirpazione totale della parotide destra per un epitelioma. La ferita dell'operazione era completamente cicatrizzata un mese dopo. Il paziente non presentò temperatura febbrile che il giorno successivo all'operazione. La paralisi del facciale destro che si manifestava subito dopo l'operazione persiste tuttora. Non vi ha finora traccia di riproduzione. Il Socio **Novaro** fa osservare che quello che vi ha di più notevole in questo caso si è che in un'operazione tanto, a buon diritto, temuta per l'emorragia, non si ebbe ad allacciare nessun vaso. L'esame microscopico del tumore fu fatto dal Dott. Mo e dal Socio Colomiatti e questi ne farà oggetto di una speciale comunicazione.

Il secondo, certo C. S., fabbro-ferraio, di anni 45, fu operato di risezione parziale del mascellare superiore destro per sarcoma svoltosi nel processo alveolare e palatino. L'operazione fu fatta il 19 dicembre 1877 col metodo endorale e conservando anche in minima parte il rivestimento mucoso-periosteo del pavimento delle cavità nasali che era sano. Il Socio **Novaro** fa osservare che se si avessero avuti raschiatoi di forma conveniente, cioè piegati ad angolo ottuso, quasi retto, si sarebbe potuto conservare in totalità, ed allora riunendolo con punti di sutura alla mucosa, per un piccolo tratto distaccata dalla guancia, si sarebbe chiusa la comunicazione fra la cavità orale e la nasale. La temperatura più alta presentata del paziente fu di 38°,9 nella

Digitized by Google

sera del secondo giorno dopo l'operazione. Del mascellare superiore destro non resta più che la lamina orbitaria e l'apofisi montante. La ferita è in massima parte già ricoperta da cicatrice. Il paziente deglutisce senza difficoltà, parla con voce nasale ma sufficientemente intelligibile, e coi denti residui mastica benissimo.

Il **Presidente** ringrazia il Socio **Novaro** per la fatta presentazione, e quindi leva la seduta.

Il Presidente **Olivetti.**

Il Segretario particolare **Novaro.**

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Rapporto del Socio Perosino sopra due lavori del Dottore Andrea Alfonso Vachetta, intitolati: *Sperimenti sulla trasfusione del sangue con un nuovo apparecchio*, ed *Elementi di patologia chirurgica degli animali domestici.*

Nella seduta delli 9 scorso novembre della nostra Accademia venivano presentati due lavori dell'esimio signor Andrea Alfonso Vachetta, Dottore in medicina e chirurgia umana, Professore di chirurgia zoojatrica nell'Università di Pisa. Il primo di questi scritti è un opuscolo di sole 24 pagine, con una bella tavola litografata, ed ha per titolo *Sperimenti sulla trasfusione del sangue con un nuovo apparecchio;* ed il secondo forma un libro di oltre 600 pagine, col titolo di *Elementi di patologia chirurgica degli animali domestici.*

Intorno a questi recenti ed importanti lavori del Professore Vachetta, l'illustre Presidente mi affidava l'onorevole incarico di riferire, al quale in parte ora procurerò di soddisfare con un cenno sul precitato opuscolo, riser-

Digitized by Google

bandomi di sottoporre quanto prima al dotto vostro giudicio l'interessante trattato di patologia chirurgica.

Sulla considerazione che le esperienze instituite nei laboratorii sono pur praticate sopra animali domestici, l'Autore lamenta che i Veterinari non abbiano fatta più diretta ed estesa applicazione dei risultati sperimentali stati ottenuti dai Medici dell'uomo, e che perciò la clinica veterinaria non si possa ancor valere con piena fidanza della trasfusione del sangue quale validissimo mezzo terapeutico; egli credette utile fare nuovi tentativi, ed una lunga serie di questi lo condusse alla scoperta di un mezzo molto semplice e sicuro di trasfondere sangue, mezzo che egli riputò vantaggioso far conoscere con questo breve suo scritto.

Non essendo suo scopo considerare questo grave argomento sotto tutti tre i punti di vista con cui ci si presenta, lo storico cioè, il terapeutico ed il chirurgico, e ventilare le molte e singole questioni che ad ognuno di questi punti si riferiscono, il Prof. Vachetta si limita a fare considerazioni generali, ad esporre i risultamenti delle sue esperienze, a trarre da queste tutte quelle deduzioni che possono arrecar luce in così arduo ed oscuro argomento, e giovare essenzialmente al clinico nella pratica della trasfusione del sangue.

Epperciò, discorrendo della parte storica, egli rimanda il lettore alle molte monografie pubblicate in proposito, specialmente ai trattati del Morselli, del Landois e dell'Orè, ai quali si potrebbe aggiungere l'erudito discorso recitato dall'illustre Dott. Giovanni Pozzi, Direttore della R.ª Scuola Veterinaria di Milano, nel giorno 23 gennaio 1811, nell'occasione della solenne distribuzione dei premi; nel qual discorso il Pozzi tesseva una forbita e particolareggiata storia della trasfusione del sangue, e faceva notare che fu soltanto alcuni anni dopo la scoperta della

Digitized by Google

circolazione del sangue che si ebbero estese e regolari descrizioni del processo che si teneva in quei tempi nel far cimenti sulla trasfusione del sangue e sull'iniezione dei rimedi nelle vene. Accennando ad alcune fasi per cui passò la pratica della trasfusione nei tempi andati, il Prof. Vachetta parla dei cimenti tentati dal Potte, dal Clarke, dal Colle, dal Folli, non che dell'applicazione di questa operazione fatta per la prima volta con lodevole audacia all'uomo dal Denis addì 15 luglio 1667, e poscia con infelici successi ripetuta a Roma dall'astigiano Riva, per la qual cosa venne poi essa quasi dimenticata, e solo in questi ultimi anni fece nuova comparsa e fu con grandissimo favore accolta da molti medici dell'uomo e da alcuni Veterinari nelle varie Nazioni.

Dalle numerose sue esperienze l'Autore ritiene « come dimostrata la maggior utilità della trasfusione diretta od immediata di quantità determinate non notevoli, di sangue, il quale sia per grandezza e forma de' suoi elementi e per natura de' suoi componenti chimici identico, od almeno non molto dissimile da quello normale dell' individuo che lo deve ricevere. La soverchia quantità del sangue trasfuso, la introduzione dell'aria nelle vene, e la penetrazione dei coaguli sanguigni possono, come si sa, essere causa delle più funeste conseguenze, ed è il timore di queste che rende soverchiamente timidi i pratici nel fare la trasfusione. Salvo la prima delle citate cause, le altre sono bene spesso dovute al metodo operatorio, e sovente all'apparecchio usato dal Chirurgo ».

Guidato, a buona ragione, dall'idea che la causa della difficoltà e della lentezza nel divolgamento e nel rendersi generale la pratica della trasfusione del sangue, tanto nell'umana medicina quanto nella veterinaria, sia posta essenzialmente nell' ancora imperfetta condizione dei mezzi di cui si vale il Chirurgo, e nelle norme da taluni

Digitized by Google

seguite nell'eseguirla, il Prof. Vachetta si dedicò quindi con tutta pazienza ed assiduità all' analisi dei singoli mezzi proposti per l'eseguimento dell'operazione, studiò le modificazioni da introdursi, provò in varii modi, fece ripetuti esperimenti sugli animali, ne paragonò i risultati, e giunse finalmente ad arrecare modificazioni tali negli stromenti e nell'atto operativo da rendere assai più facile e sicura questa pratica.

Nella sua analisi egli sottopose a disamina i mezzi e gli stromenti impiegati dalli Gurtl ed Hertwig, dall'Hering, dal Brognier, dal Forster, dall'Helper, dal Grecchi e dal Michieletto, dal Farrel; ne' suoi tentativi si serviva successivamente di tutti gli apparecchi già da altri posti in uso, li poneva in confronto, ne faceva alcune modificazioni a misura che ne riconosceva i difetti, ed ebbe sempre a convincersi che era da abbandonarsi la pratica della trasfusione mediata, e tale sua convinzione venne poi ancora convalidata dall'aver veduto a mancare intieramente allo scopo gli apparecchi del Mathieu e del Prof. Tenderini, per quanto ingegnosi, in alcuni sperimenti su cani, fatti nella Scuola Medica di Pisa dal Prof. Landi e dal Prof. Tenderini stesso. Per la qual cosa egli si diede esclusivamente a fare un gran numero di ricerche pratiche sulla trasfusione diretta od immediata.

L'Autore nella pratica de' suoi esperimenti sopra i cavalli si serviva dell' apparecchio usato dall' Albini e poi dal Grecchi e dal Michieletto, dal Ponfick; e per i cani serviva un tubo di gomma elastica, munito alle due estremità di cannelli di cristallo o metallici, che terminavano a becco di flauto, con un piccolo infossamento circolare. Ma avendo riconosciuto che questo modo di operare era ancora causa frequente di due gravi inconvenienti, della formazione di coaguli e della quasi impossibilità di calcolare la quantità di sangue che viene trasfuso, fu indotto

Digitized by Google

ad abbandonare il metodo di trasfusione da vena a vena, ed attenersi esclusivamente alla trasfusione da arteria a vena. Inoltre non avendo egli avuto a lodarsi dell'apparecchio a tubi di cristallo o metallici a causa della facilità che offrono ancora alla penetrazione d'un po' d'aria nelle vene, e di qualche coagulo sanguigno fino al cuore, ed essendosi fatto persuaso che nessuno dei molti apparecchi proposti per la trasfusione immediata nell' uomo possa avere in sè le qualità di essere semplice, poco costoso, facilmente maneggevole e nel medesimo tempo sicuro per raccomandarlo ai pratici, inventò e fece costruire un nuovo apparecchio che egli descrive nei seguenti termini:

« Un tubo di gomma elastica porta ad un'estremità un cannello di *pakefong* levigatissimo entro e fuori, argentato, ingrossato ad oliva dove entra nel tubo elastico, e rigonfiato e tagliato obbliquamente all'altra estremità. La lunghezza di questo tubo è di cm. 6, ed il diametro di mm. 8, lo spessore delle pareti mezzo millimetro se è destinato per il cavallo ed i bovini. Quello per gli ovini ed i cani è di lunghezza eguale, o quasi eguale, ma di diametro ridotto alla metà. Del resto l'A. dice di avere spesso rimpiazzato questo pezzo del suo apparecchio con un cannello di cristallo. Ogni ingrossamento nel suo apparecchio è fatto in modo da non arrecare verun ampliamento nel lume del tubo ».

« Il tubo elastico ha un diametro approssimativamente eguale a quello del tubo ora descritto, pareti sottili, lunghezza varia. Nel praticare la trasfusione l'A. impiega tubi lunghi da 90 a 110 centimetri per i cavalli, e dai 45 ai 60 centimetri per i cani. All'altro capo del tubo elastico si adatta il piccolo apparecchio, esso rammenta, se si vuole, alla lontana il tubo del Caselli e l'apparecchio del Luciani per la trasfusione immediata, ed il tubo dello

Digitized by Google

schizzetto del Manzini e del Rodolfi per la trasfusione mediata; ma ne differisce notevolmente e per la struttura sua e per il servizio che presta. Quest'apparecchio è formato di tre tubi che si riuniscono insieme in modo da costituire una specie di Y, fatti essi pure di *pakefong*, levigati ed argentati dentro e fuori. Ogni branca ha pareti dello spessore di mezzo millimetro e termina con una piccola eminenza olivare. La branca principale ha la lunghezza di mm. 45, il diametro di mm. 9. Essa si biforca in due altre, di cui una serba il medesimo diametro ed è lunga cm. 7, e l'altra ha diametro alquanto minore, millimetri 7, e lunghezza di centimetri 7 ».

« Nel punto della biforcazione ogni branca si inspessisce nelle sue pareti per un tratto di cm. 2 e mezzo, e nell'inspessimento è praticato un foro che l'attraversa da parte a parte, foro in cui è esattamente adattata una chiavetta munita di una sola branca, la quale è diretta in modo da segnare la direzione precisa da darsi alla chiavetta, perchè il tubo sia totalmente aperto ed esattamente chiuso. Il foro praticato in ogni chiavetta è perfettamente eguale in figura e diametro al lume del tubo, a cui la chiavetta è fissata: di modo che quando questa è aperta, nessuna sporgenza si viene a presentare nell'interno del tubo, che appare ed è uniforme e levigatissimo. Una laminetta ed un punto d'arresto serve a fermare ciascuna chiavetta nella massima apertura o nella chiusura completa secondo il bisogno ».

Una tavola litografata che rappresenta la figura del tubo e quella dell'apparecchio serve a rendere vieppiù chiara la surriferita descrizione.

A quest'apparecchio potrebbe alcuno muovere l'appunto, perchè l'inventore non abbia pensato a rimuovere il *pakefong* nella confezione dei tubi, avendo egli incolpato i metalli di essere frequente cagione di coaguli sanguigni;

Digitized by Google

ma ognuno può facilmente riconoscere che un tale appunto non può essere diretto all'apparecchio del Prof. Vachetta, essendo esso destinato alla pratica della trasfusione immediata, epperciò non soggetto a tanta minaccia, mentre offre perfetto ostacolo all'introduzione dell'aria nel vaso.

Tralascio di parlarvi del modo di fare la pratica applicazione di questo nuovo apparecchio, e dei ferri di cui l'A. si serve per tal fine, nulla essendovi in ciò di particolare; solo dirò che egli riferisce un gran numero di esperienze da lui fatte colla massima diligenza sopra animali equini e sopra cani, dalle quali viene chiaramente dimostrata l'utilità del suo apparecchio nella pratica della trasfusione diretta del sangue.

Io credo, o signori, che il breve lavoro del Prof. Andrea Alfonso Vachetta contribuisca grandemente a rischiarare l'importante argomento della trasfusione in grazia delle molte osservazioni ed esperienze fatte colla massima esattezza e severità, e che l'apparecchio da lui inventato abbia dotato l'armamentario della Chirurgia Veterinaria di un nuovo mezzo per rendere più sicura, più facile e di più estesa applicazione la pratica della trasfusione del sangue, qual prezioso mezzo terapeutico; epperciò ho l'onore di proporvi che Egli venga ringraziato per il dono fatto all'Accademia, ed invitato a voler continuare nell'inviarci copia de'suoi interessanti ed elaborati scritti.

PEROSINO FELICE.

Rapporto del Socio PERASSI sul libro del Dott. FORNARI FEDERICO intitolato: *Il Carbonchio.*

Il Dottore Fornari Federico, Chirurgo primario in Segni, presentò alla nostra Accademia un opuscolo trattante del carbonchio.

Digitized by Google

Incaricato dall'Onorevole Presidente di farvi una relazione su questa operetta vi dirò che nella medesima ritrovai una modesta e chiara esposizione di quanto il solerte Chirurgo di Segni ebbe ad osservare relativamente a questa non rara ed interessante malattia. Appoggiato infatti all'osservazione di molteplici affezioni carbonchiose che ebbe a curare nel contado di Leonessa, e nei villaggi Ocre e Climinti, non che ad una serie di 30 casi di tale malattia, dei quali narra una breve storia nel suo opuscolo, egli divide il carbonchio in *semplice*, *erisipelatoso* ed *edematoso*; descrive i caratteri di queste varie specie di carbonchio, osservando pure che ogni forma di carbonchio ha tre *zone*, cioè la *centrale* formata da un escara più o meno grande, la *media* costituita da un circolo di vescicole più numerose nella forma risipelatosa, e l'*esterna* fatta da un infiltramento rosso più o meno edematoso.

Divide inoltre il carbonchio in *idiopatico* quando i fenomeni generali si manifestano dopo lo sviluppo del processo locale, ed in carbonchio *sintomatico* quando i fenomeni locali sorgono dopo l'infezione costituzionale, ammettendo pur anche una *febbre carbonchiosa* cioè una infezione generale senza manifestazione esterna. Accenna le più frequenti lesioni anatomiche che si riscontrano nei cadaveri dei carbonchiosi, quali in specie sangue oscuro, piceo, ingrossamento ed ammollimento dei principali visceri addominali, poca rigidità cadaverica e simili. Loda con ragione nella cura del carbonchio la pronta cauterizzazione o colla potassa caustica, o col nitrato d'argento o con altri caustici, ma in specie col cauterio attuale, previe all'uopo le opportune scarificazioni, ricorrendo poscia ai topici emollienti per favorire la caduta dell'escara ed in caso di bisogno, anche ai rimedii topici antisettici, oltre l'uso interno dei preparati chinoidei secondo le particolari circostanze. Ripete in ultimo la raccoman-

Digitized by Google

dazione del Koràngi, che cioè dovrebbero essere tolte dal commercio tutte le parti degli animali carbonchiosi, giacchè le medesime possono essere causa d'infezione.

Quantunque nulla siavi di nuovo o particolare in questo opuscolo, e che le accennate divisioni di carbonchio in semplice, erisipelatoso ed edematoso non indichino che una varia forma della stessa malattia, e che la distinzione di carbonchio in idiopatico e sintomatico corrisponda alla divisione in carbonchio e pustula maligna d'altri autori, tuttavia trovo commendevole questo scritto, perchè appoggiato alle osservazioni della vera pratica quotidiana richiama l'attenzione del curante su questa abbastanza grave malattia, e gli fornisce i mezzi per ben conoscerla e per ben curarla.

OSSERVAZIONI

SUI MOVIMENTI DEL CERVELLO DI UN IDIOTA EPILETTICO

RACCOLTE

dal Dott. G. Albertotti e dal Prof. A. Mosso.

(*Continuazione alla pag.* 60 *e fine*).

Durante questa esperienza come in altre, fatte prima e dopo la medesima, si presentò un fenomeno, che colpì vivamente la nostra attenzione, e che dobbiamo esaminare più da vicino per renderci ragione del modo, con cui spesso può mancare completamente ogni manifestazione dei movimenti cerebrali — È questo un argomento pieno di interesse pel chirurgo, che venne svolto ultimamente da H. Braun in un lavoro sull'importanza dei movimenti cerebrali man-

Digitized by Google

canti quando è scoperta la dura madre (1). Col pubblicare una serie di esempi dove i movimenti del cervello scompaiono, o sono estremamente indeboliti, mentre le funzioni del medesimo conservansi in uno stato relativamente normale, noi speriamo di recare un' utile contribuzione alla conoscenza del meccanismo, col quale spesso nei casi patologici può manifestarsi la scomparsa dei movimenti cerebrali.

Mentre osserviamo le pulsazioni e le ondulazioni del liquido nel tubo di vetro impiantato verticalmente sulla forma di guttaperca, l'acqua si eleva successivamente raggiungendo ad intervalli un punto, che non oltrepassò mai durante le varie fasi dell' esperienza, ed a cui possiamo dare fin d'ora il nome di *punto della dilatazione maggiore:* senza voler per nulla pregiudicare la questione se non sia ancora in tali condizioni possibile una dilatazione *massima.* Guardando attentamente le pulsazioni più rapide, che produconsi alla superficie del liquido, vedesi che esse diminuiscono successivamente di ampiezza, a misura che la colonna liquida sollevandosi si avvicina al punto della dilatazione maggiore; e quando il livello raggiunge questo punto, le pulsazioni sono divenute così deboli da essere appena percettibili, e talora ad una osservazione superficiale possono parere del tutto mancanti.

Messo il tubo di vetro in comunicazione col timpano registratore, scriviamo una lunga serie di tracciati dove ad intervalli più o meno lunghi il polso del cervello scompare completamente e scrive per alcuni minuti una linea retta o leggermente sinuosa.

Poco dopo, senza che nulla siasi mutato, diminuisce leggermente il volume del cervello, ed appare una

(1) H. Braun. Die Bedeutung der fehlenden Hirnbewegung bei blossliegender Dura. Archiv. für Klinische Chirurgie, XXI Band. 352 — 1877.

Digitized by Google

serie di pulsazioni sempre più grandi quanto più si approfondano, e che vanno successivamente diminuendo di ampiezza a misura che si innalzano verso il livello primitivo, come lo indica il tracciato 9, tav. II.

Spesso questi avvallamenti delle pulsazioni maggiori si ripetono due, tre ed anche quattro volte in un minuto, ed appaiono molto superficiali ed appena accennati, come alla linea 10 che venne scritta nel minuto successivo. Nella ripetizione di questo fenomeno non si può scorgere alcuna regola ordinata di ritmo: così che il cervello, dopo che sembrò immobile per interi minuti e il suo tracciato segnava una linea retta o leggermente sinuosa approfondendosi gradatamente, può continuare per parecchi minuti a pulsare fortemente eseguendo le ampie ondulazioni segnate dal tracciato 8.

Crediamo superfluo di accumulare i tracciati per illustrare maggiormente questo fenomeno: perchè già dagli esempi presentati risulta con evidenza:

I. Che il polso del cervello può scomparire periodicamente quando questo aumenta di volume; e che viceversa il polso ricompare quando diminuisce il volume del cervello.

II. Che tale fenomeno si produce a periodi irregolari di ineguale durata.

III. Che le pulsazioni del cervello presentano senza causa conosciuta delle variazioni considerevoli nella forma e nell'ampiezza, essendo ora più forti ed ora più deboli, indipendentemente dalle profonde ondulazioni, che si manifestano contemporaneamente nel volume del cervello.

Assicuratici ripetutamente in questa ed in altre osservazioni analoghe che tali mutamenti del polso cerebrale sono privi d'ogni rapporto colla funzione del

Digitized by Google

respiro, e che si ripetono ad intervalli mentre il corpo rimane del tutto immobile: la spiegazione che ci balenò prima alla mente, fu che simili variazioni nel volume dipendessero da un mutamento nell' energia del cuore, il quale spingendo ad intervalli irregolari una quantità maggiore di sangue nella cavità del cranio, distendesse per modo la membrana che chiudeva la breccia da rendere impossibili le pulsazioni della medesima.

Riusciti inutili i tentativi fatti col cardiografo per ottenere un tracciato dell'impulso cardiaco, si cercò se tastando il polso potevasi conoscere qualche relazione fra i battiti dell'arteria radiale e i periodi di minore o maggiore energia dell' impulso cerebrale. Il risultato delle osservazioni fatte in tale riguardo se accennò a qualche differenza, questa fu troppo incostante nei varii Colleghi che vollero gentilmente aiutarci in tale esame (1) per dare fondamento a qualche conclusione sicura. Conosciamo troppo bene per lunga esperienza quanto il tatto possa essere uno strumento fallace, quando si affidano completamente a lui delle osservazioni così delicate: ma saremmo anche più circospetti in questo riguardo, dopo che uno di noi in una serie di esperienze fatte col Dott. De-Paoli sui movimenti cerebrali osservò che vi sono delle modificazioni dell'impulso cardiaco, le quali si manifestano molto debolmente nel polso dell' antibraccio, mentre producono un aumento notevole nel polso cerebrale.

(1) Questa osservazione venne gentilmente onorata dalla presenza del Dott. Perotti. Noi siamo lieti di cogliere quest'occasione per ringraziarlo insieme ai Dottori Porporati e Valletti pel vivo interesse e pel favore che essi vollero accordare alle indagini da noi fatte nel R. Manicomio sul giovane Thron.

Digitized by Google

Il fatto per se stesso ci dice che nel cervello dell'uomo producesi con ritmo irregolare un aumento od una diminuzione di volume. — Ora l'aumento nel volume può essere prodotto da un aumento nell'afflusso del sangue, come anche da una diminuzione nel deflusso. E viceversa la diminuzione di volume può dipendere da un aumento nel deflusso o da una diminuzione nell'afflusso del sangue. Non avendo dati positivi sulla funzione del cuore, e sulle variazioni che possono succedere nella circolazione cerebrale per effetto dei movimenti così detti *spontanei* dei vasi (1), manchiamo di ogni argomento per abbracciare con sicurezza una delle molteplici combinazioni possibili. Vedendo però che le pulsazioni cerebrali diventano sempre più grandi e distinte quanto più si abbassa il loro livello, e che invece diminuiscono di ampiezza e si confondono in una linea sinuosa quando questa si innalza, si potrebbe credere che l'aumento di volume del cervello dipenda da un aumento nell'energia del polso e del cuore, il quale spingendo una quantità maggiore di sangue nel cranio distenda la membrana fibrosa tesa sulla breccia del medesimo in modo da renderne impossibile ogni pulsazione.

Una spiegazione assai più probabile è, che simili variazioni siano il risultato di una dilatazione dei vasi prodottasi nel cervello in seguito ai movimenti così detti *spontanei* dei medesimi. Questa interpretazione sarebbe sostenuta da una serie di esatte osservazioni fatte da uno di noi col Dott. De-Paoli, dalle quali risulta che i vasi del cervello possono colla contrazione o col rilassamento delle loro pareti produrre delle profonde

(1) A. Mosso. *Sopra un nuovo metodo per scrivere i movimenti di vasi sanguigni nell'uomo.* Torino, 1875, pag. 30.

Digitized by Google

modificazioni nel volume del medesimo, mentre si conserva costante ed inalterato il polso nell'antibraccio.

Ci siamo assicurati spesse volte che una pressione relativamente assai piccola produceva uua dilatazione dei vasi capace di mascherare completamente l'esistenza dei movimenti cerebrali. La seguente esperienza mostra questa scomparsa del polso in modo evidente. Scriviamo colla forma piena d'aria i movimenti del cervello mentre il ragazzo era seduto ed otteniamo le forti pulsazioni rappresentate dal tracciato 30 (tav. III), dopo mettiamo l'ammalato disteso sul letto in posizione orizzontale. In questo movimento perchè non si distenda troppo la membrana del timpano registratore apriamo la valvola a clarinetta che trovasi sul tubo di comunicazione colla cavità della forma di guttaperca. Ristabilitosi l'equilibrio della pressione interna ed esterna, vediamo che la leva è immobile, le pulsazioni del cervello sono scomparse completamente; il tracciato 31 è una linea quasi retta. La membrana inestensibile che ricopre la breccia del cranio aveva raggiunto il punto della maggiore dilatazione. Elevando il capo le pulsazioni ricomparirono, benchè sempre assai deboli, e sedutolo sul letto ed alzatolo in piedi esse divennero nuovamente fortissime. Levata la forma di guttaperca, la breccia apparve leggermente infossata.

Possiamo stabilire come regola generale, che le pulsazioni del cervello sono sempre meno distinte e talora del tutto impercettibili quando la pelle del capo fa una protuberanza elevandosi al disopra della apertura craniana.

Le pulsazioni più forti noi le osservammo quando la membrana che ricopriva la breccia era leggermente infossata, ed in alcuni rari casi vedemmo anche scom-

Digitized by Google

parire i movimenti del cervello quando l'infossatura della pelle sul cranio toccava la sua maggiore profondità.

Per dare un'idea della resistenza presentata dalla membrana fibrosa che otturava l'apertura del cranio basterà ricordare che uno di noi premendo con tutta forza sulla medesima col pollice o con tutte due le dita provava tale resistenza come se premesse contro di un corpo solido. Per ciò vedendo che non si riusciva a destare in tal modo alcun fenomeno di compressione cerebrale, era sorto in noi il dubbio che nell'urto della caduta si fosse staccata una parte del cranio la quale erasi consolidata alle parti ossee vicine, formando una depressione in cui penetrava per una apertura accidentale il liquido cerebro-spinale, che noi credevamo essere la causa dei movimenti osservati. Non abbiamo bisogno di ripetere che tale supposizione venne dimostrata falsa dall'autossia.

Uno di noi dimostrò già in una critica sperimentale sullo sviluppo delle conoscenze che possiede oggi la fisiologia sui movimenti cerebrali, come dietro la scomparsa dei medesimi in una parte del cranio non si possa inferire che essi siano sospesi in tutta la massa dei centri nervosi. In questo caso si può solo conchiudere che la resistenza all'estrisecazione di questi movimenti è divenuta così grande nel punto osservato, che essi possono manifestarsi più facilmente in altre parti dove è minore la resistenza per questi cambiamenti di volume che devono necessariamente prodursi ad ogni ondata di sangue che penetra nei vasi delle meningi e del cervello. Per dare una prova convincente che le pulsazioni del cervello non cessano mai anche quando non sono più visibili alla superficie della pelle che ricopriva l'apertura del cranio,

Digitized by Google

abbiamo spesso pregato gli amici, che vollero onorare della loro presenza le nostre indagini, di premere leggermente colle dita la membrana protuberante e convessa e sempre in tali condizioni vennero percepite distintamente le pulsazioni dell'organo sottostante.

Alle ore 11 pom. Thron è ancora sempre svegliato, esso rimane profondamente tranquillo e ci guarda con occhio indifferente senza muoversi. Scriviamo per oltre mezz'ora i movimenti del cervello ed in tutto questo frattempo non presentasi più il fenomeno descritto poco sopra.

Abbiamo scelto questa osservazione a preferenza di altre dove il fenomeno delle variazioni nell'energia del polso cerebrale si presentò in modo egualmente evidentissimo, perchè nella medesima notte facemmo in seguito una seconda esperienza sul cloralio. Quanto venne esposto in questo paragrafo varrà dunque a stabilire meglio le condizioni del seguente esperimento.

§ 6°

Seconda esperienza sull'azione che l'idrato di cloralio esercita sui movimenti del cervello.

Nel desiderio di osservare le modificazioni che si producono nella circolazione cerebrale durante il sonno gli amministriamo un gramma di cloralio idrato sciolto in acqua con sciroppo. Un quarto d'ora più tardi le pulsazioni del cervello sono divenute fortissime. Osservando il profilo inferiore del tracciato 11, tav. II, si vede che la differenza nel livello cui scendono le singole pulsazioni, è molto più notevole della differenza che passa fra le medesime nella parte superiore; questo fatto pare confermare l'ipotesi emessa

Digitized by Google

precedentemente che cioè la membrana fibrosa essendo molto resistente non può distendersi oltre un certo limite, mentre invece può facilmente abbassarsi quando è libero il deflusso delle vene o meno abbondante l'afflusso del sangue. Nei tracciati ottenuti sotto l'influenza del cloralio oltre alla grande elevazione delle pulsazioni troviamo come prima visibili le oscillazioni respiratorie, e fortissime le ondulazioni (1). Pare che la straordinaria energia dei movimenti del cervello dipenda in questo caso da un aumento nella forza delle contrazioni cardiache. Infatti mettendo la mano sul torace si sente in corrispondenza della mammella un forte impulso cardiaco dove prima esso era così debole da esserci riuscito impossibile di ottenerne un tracciato distinto per mezzo del cardiografo. L'ammalato mentre noi prendevamo questi tracciati dormiva profondamente. La pupilla era molto piccola, la respirazione tranquilla, le membra abbandonate e i muscoli rilassati. Quando si staccò dal capo la forma di guttaperca non si svegliò nè si mosse tampoco, benchè essa aderisse tenacemente. I movimenti osservati ad occhio nudo sono egualmente fortissimi. La pelle che ricopre l'apertura del cranio non è sollevata e come sarebbesi supposto per uno stato di turgore o di congestione del cervello, ma è piuttosto infossata. Dopo mezzanotte sospendiamo l'osservazione lasciandolo immerso in un sonno profondissimo.

Era nostro proposito di stabilire una serie più esatta di esperienze sull'influenza che gli ipnotici esercitano sulla circolazione del cervello; perchè ci aveva re-

(1) Benchè possa parere inutile notiamo che in tutti i tracciati la leva del timpano registratore conservò sempre la medesima lunghezza, e che perciò tutti vennero registrati con eguale ingrandimento.

Digitized by Google

cato non poca meraviglia il vedere tanta differenza tra i fenomeni presentati prima per l'amministrazione di due grammi di cloralio idrato, e la seconda esperienza, dove invece un gramma solo produsse una trasformazione molto più spiccata delle pulsazioni.

Disgraziatamente sopravvenne un catarro gastro-intestinale che interruppe le nostre indagini, e più tardi, per la morte immatura dell'ammalato, non ci fu possibile di mandare ad effetto il programma che avevamo prima stabilito per una seconda serie di esperienze. Le poche osservazioni da noi fatte dal 10 marzo fino al principio di aprile del 1877 ci avevano però già convinti che tali indagini sull'azione dei farmaci sarebbero riuscite non solo difficili, ma necessariamente incomplete, perchè non era fattibile di ottenere da lui l'immobilità e la quiete necessaria per simile studio. La mancanza di un tracciato normale scritto prima e dopo l'esperienza che serva di paragone nell'analisi dei mutamenti osservati nella circolazione cerebrale per influenza degli ipnotici o degli anestetici costituisce una lacuna così grave nelle nostre esperienze, che non sappiamo insistere troppo sul valore dei risultati ottenuti. Riferiremo ciò malgrado quanto ci venne dato di osservare, perchè comunque siano riescite queste indagini, esse costituiscono i primi tentativi ottenuti col metodo grafico nello studio che hanno i rimedi sulla circolazione del cervello umano.

§ 7°

Osservazioni sui movimenti del cervello durante le inalazioni di cloroformio.

Per non velare coll'abbondanza delle parole la pochezza dei risultati ci limitiamo a presentare i trac-

Digitized by Google

ciati ottenuti in queste esperienze, aggiungendovi come spiegazione le note che troviamo scritte nel nostro memoriale.

2 maggio 1876. — Oggi stette tutto il giorno alzato. Non ebbe da parecchi giorni alcun accesso epilettico. Stasera alle 8,45 entrando nella sua camera lo troviamo svegliato. Egli ci guarda sorridendo e con una faccia molto espressiva, però non si muove e non alza la testa dal guanciale. Osservando la pelle sull'apertura del cranio essa mostrasi protuberante, non depressa, i suoi movimenti pulsatorii sono appena percettibili. Siccome non pareva punto disposto a voler dormire ci decidiamo di cloroformizzarlo. — Applicata la forma di guttaperca e riempitala d'acqua fino verso la metà del tubo di vetro, incominciamo a fargli inalare il cloroformio sopra di una pezzuola. Dovendo tenere con forza immobile la testa non si può scrivere il polso del cervello se non quando l'ammalato cessa dal far resistenza e cade assopito sul letto. Il tracciato 14 (1) rappresenta le pulsazioni del cervello quando, sotto l'influenza del cloroformio, l'ammalato non reagisce più all'eccitazione prodotta pizzicando fortemente la pelle al dorso della mano. Cessata la cloroformizzazione, il polso diminuisce successivamente di ampiezza, come vedesi nella serie dei tracciati 15, 16, 17, 18, 19 e 20.

Questa osservazione è interessante, perchè ci mostrò che durante la cloroformizzazione i mutamenti di volume del cervello sono assai più piccoli di quanto avessimo potuto prima immaginare. — Infatti osser-

(1) Notiamo che per inavvertenza i tracciati in questo esperimento vennero scritti al rovescio da destra verso sinistra e dal basso verso l'alto, come lo indicano i numeri posti in margine.

Digitized by Google

vando il livello dell'acqua nel tubo che sta impiantato sulla forma di guttaperca, potemmo constatare che fu relativamente assai piccola la diminuzione di volume del cervello. Il liquido non scomparve mai completamente dal nostro sguardo, e solo nel massimo della narcosi si abbassò tanto da toccare il bordo inferiore della forma di guttaperca, per cui ricompariva durante l'elevazione di ciascun polso. Dopo a misura che diminuì l'azione del cloroformio, si sollevò di alcuni centimetri e prese nuovamente il livello di prima, eseguendo delle pulsazioni assai più deboli per ogni sistole cardiaca.

Un movimento rapido del capo distaccò sul finire dell'esperienza la forma di guttaperca, onde fummo obbligati di levarla completamente per sostituirvi un timpano di Buisson, quando il ragazzo fu completamente svegliato.

§ 8°

Influenza della respirazione sui movimenti del cervello.

In questo paragrafo ci limitiamo a presentare alcuni tracciati senza tentare l'analisi del meccanismo con cui i mutamenti della respirazione modificano il volume del cervello. La curva 24 venne presa circa 10 minuti prima del tracciato 21, mentre l'ammalato essendo desto faceva delle profonde inspirazioni. Ci duole che per una inavvertenza nella disposizione della penna questo tracciato si trovi scritto al rovescio, per cui nel leggerlo si deve procedere da destra verso sinistra. Nel principio di ogni inspirazione osservammo coll'occhio che la parte diastolica della curva

Digitized by Google

scendeva notevolmente più in basso, per elevarsi nell'espirazione successiva.

Col tracciato 25 diamo l'esempio di un fenomeno che si presentò due volte di seguito nell'intervallo di 4 o 5 minuti prima che venisse sospesa l'osservazione precedente dopo la seconda inalazione con cloroformio. Disgraziatamente essendosi smosso il cingolo di gomma del pneumografo nel voltarsi dell'ammalato, non potemmo scrivere la respirazione.

Siamo però certi che i movimenti respiratorii conservarono il loro ritmo normale, e ciò nulla meno, come vediamo nel tracciato 25, le pulsazioni del cervello si abbassarono improvvisamente e diminuirono notevolmente di ampiezza per raggiungere quindi con un aumento progressivo il livello donde erano partite. In sulle prime interpretammo questo fenomeno, che non si ripetè più nelle esperienze successive, come dipendente da una diminuzione passeggiera nella energia dei battiti cardiaci. Siccome non avemmo occasione di assicurarci se realmente il polso fosse in questo istante più debole in altre parti del corpo, così non possiamo oggi sostituirvi una spiegazione migliore.

Segue mezz'ora di riposo, ed incomincia una seconda esperienza. L'ammalato fiuta con avidità il cloroformio: in questo frattempo si scrive il tracciato 21, che rappresenta il polso cerebrale nel principio delle inalazioni. Quando esso è divenuto profondamente tranquillo, ciò che succede in due minuti, gli applichiamo intorno al torace il pneumografo a tubo elastico e scriviamo il tracciato 22, dove la curva della respirazione trovasi sotto quella del polso cerebrale. Osservando l'aspetto del tracciato respiratorio conosciamo subito che l'influenza del cloroformio fu assai

Digitized by Google

passeggera e poco efficace, perchè il ritmo e la forma delle respirazioni conservarono il loro tipo normale. Infatti 6 minuti dopo che erano cessate le inalazioni, vedendo il polso divenire sempre più debole, uno di noi pronuncia con voce naturale il nome di *Giovanni* a poca distanza dal suo orecchio. — Sebbene egli non faccia alcun movimento neppure colle palpebre che tiene chiuse come se dormisse profondamente, la modificazione del respiro è così evidente dopo il segno *G* fatto nel tracciato 23, che non può mettersi in dubbio la percezione di questo suono. Trascorsi due minuti Thron aprì gli occhi e pronunciò senza muoversi due volte la parola *oui* (sì). Per riguardi su cui crediamo inutile di insistere, non avemmo il coraggio di produrre una terza cloroformizzazione in modo da ottenere una profonda narcosi. Anche in questo caso però come nel precedente constatammo una leggera diminuzione di volume del cervello, ed un'ampiezza maggiore delle pulsazioni durante l'influenza del cloroformio.

Il tracciato 26 rappresenta colla linea *C* le modificazioni che compaiono nel volume del cervello, mentre l'ammalato pronuncia alcune parole di cui non comprendiamo il senso. Nella linea superiore *T* sono indicate le modificazioni corrispondenti della respirazione toracica, essendo le due penne poste verticalmente l'una sopra l'altra. Dopo alcuni minuti, nel punto indicato colla lettera *R* nel tracciato 27, Thron ride, e si produce ancora qui una elevazione del cervello.

Per mettere in evidenza la relazione strettissima che passa fra il polso delle carotidi e quella degli emisferi cerebrali prendemmo contemporaneamente i loro tracciati. La figura 28 mostra come le due curve

Digitized by Google

si corrispondano esattamente. Facendo quindi girare il cilindro con maggiore velocità ottenemmo il tracciato 29, dove il polso del cervello trovasi messo superiormente. Il tempo che impiega l'ondata sanguigna per giungere dalle carotidi nel cervello è così breve che per tale velocità del cilindro trovasi appena accennato un minimo ritardo, che non abbiamo creduto opportuno determinare esattamente con più diligenti esperienze.

§ 9.

Sui movimenti del cervello nel sonno.

L'irrequietezza somma del giovine Thron nella veglia e l'impossibilità di ottenere nel principio di ogni esperienza un tracciato normale che servisse come termine di confronto per le eventuali trasformazioni del polso nel sonno, resero meno fortunate le fatiche e la diligenza che noi ponemmo in questo studio — il quale non tralascierà di essere interessante per la novità dell'argomento e la rarità delle circostanze che rendono possibili simili indagini nell'uomo. Passando in silenzio gli ostacoli inerenti alla natura di queste osservazioni ed al luogo dove si dovevano eseguire, ricordiamo una sola circostanza che bastò per se ad inceppare lo svolgimento del piano delle nostre esperienze. — Il giovine Thron non dormiva a periodi regolari, per cui spesso nelle visite notturne lo trovammo svegliato ad ora assai tarda. Egli soffriva come di insonnia, ed in questi periodi riuscivano del tutto inutili le precauzioni che prendevamo per conciliargli il riposo. Più che una veglia, era dessa una agitazione notturna che apparve spesso foriera di un insulto epilettico.

Digitized by Google

Le nostre migliori osservazioni sui movimenti del cervello vennero eseguite nelle notti che tenevano dietro un accesso di epilessia; ma disgraziatamente in queste circostanze il sonno diveniva così profondo ed imponente, da lasciare dubbio che si trattasse ancora di un fenomeno normale; perchè agitando l'ammalato, scuotendolo, levandolo in piedi sul letto, spruzzandolo con acqua sul volto, punzecchiandolo, comprimendogli le giugulari e le carotidi non si riusciva a destarlo durevolmente, ed aperti per alcuni secondi gli occhi, egli ripiombava immediatamente nel sopore di prima.

La tavola IV rappresenta una serie di esperienze fatte il giorno 8 aprile.

Thron ebbe al mattino verso le 8 due forti accessi epilettici; egli era dopo così abbattuto che stette tutto il giorno nel letto. La sera verso le 10 lo troviamo profondamente addormentato. La pelle sulla breccia non è molto distesa e pulsa fortemente. Gli applichiamo la forma di guttaperca sul capo dopo averla scaldata leggermente sui bordi. Non la si riempie di acqua, servendoci semplicemente dell'aria per trasmettere i movimenti. Il polso scritto nella linea 32 può considerarsi come il tipo predominante in una lunga serie di osservazioni preliminari che durarono circa 40 minuti senza interruzione. Di quando in quando ad intervalli irregolari e senza cause conosciute, mentre l'ammalato è profondamente immobile e la respirazione del tutto superficiale, si presentano dei periodi che durano 2 o 3 minuti, nei quali le pulsazioni hanno un' altezza doppia di prima, contemporaneamente produconsi grandi ondulazioni nel volume del cervello, come lo indica il tracciato 33.

Aspettiamo circa un'ora e poscia verso le 11 per

Digitized by Google

farci un concetto della profondità di questo assopimento lo si chiama forte per nome. Il tracciato 34 rappresenta questa prima esperienza, dalla quale risulta indubbiamente la percezione cosciente, o non, di un suono che riflettevasi sui centri vaso-motori e sul cuore destando un mutamento del polso cerebrale che durò parecchi secondi, prima che si ristabilisse lo stato precedente.

Nel minuto successivo un'altra voce ripete il medesimo suono e chiamandolo sei volte di seguito per nome, otteniamo ad ogni minuto un identico risultato.

I tracciati 34, 35 e 36 rappresentano le tre prime esperienze. L'aumento di volume del cervello in queste condizioni è un fenomeno costante, il quale corrisponde alla diminuzione di volume che uno di noi osservò pure costantemente nell'antibraccio dell'uomo quando nel sonno veniamo colpiti da una impressione esterna.

Con queste esperienze potemmo fino ad un certo punto conoscere l'intensità del sonno, perchè quando la voce era naturale, benchè molto vicina all'orecchio, come vedesi nel tracciato 36, l'effetto era meno considerevole. Malgrado le grida fortissime fatte da un infermiere non si riuscì a svegliarlo, e solo una volta egli mosse le mani senza aprire gli occhi.

Nelle esperienze che uno di noi pubblicò nell'*Archivio per le scienze mediche*, col Dott. Giacomini, intorno ai movimenti del cervello vi si trovano già alcuni tentativi sugli effetti della congestione venosa del cervello. Per eliminare la complicanza sorta in quelle prove da un difetto accidentale dell'apparecchio registratore che venne indicato in una nota della memoria sopra menzionata, scegliemmo quest'occasione per fare qualche esperienza in tale riguardo.

Digitized by Google

Messo un nastro intorno al collo, nel momento in cui si comprimono le vene giugulari incrociandone con forza gli estremi, si produce immediatamente un ristagno del sangue ed un aumento di volume del cervello. Appena si allenta il nastro, sgorgandone il sangue, succede un'immediata diminuzione del cervello, e si ristabilisce il polso che durante la stasi venosa era appena accennato. — La curva scende quindi gradatamente allo stesso livello di prima.

Il torpore dei sensi era tale che anche queste prove non riuscirono a destarlo od a smoverlo dall'abbandono in cui giaceva come se fosse privo di vita.

Ma la sensibilità non era spenta; infatti pizzicandolo colle unghie sul dorso del piede egli reagì con un moto violento delle estremità inferiori, cui parteciparono visibilmente con un leggiero riflesso anche le superiori. In questo istante il cervello subì un aumento straordinario del volume che tosto cessava, lasciando però che la curva si conservasse dopo ad un livello notevolmente più alto del punto cui era prima. L'ammalato parve dopo reagire più facilmente a vari stimoli tattili che si fecero agire sull'apertura delle narici od al condotto auditivo per mezzo di una penna. Si mosse, aprì di quando in quando gli occhi, e talora cercò di chiuderli con forza quando volemmo alzare le palpebre per esaminare la pupilla e provare l'azione della luce. E sempre, appena lo si lasciava per alcuni minuti tranquillo, potemmo accorgerci che egli si sprofondava nel sopore, come lo prova l'ultimo tracciato 40, dove malgrado il getto impetuoso di uno spruzzo d'acqua sul viso non riuscimmo a destarlo, e fu minima la reazione dell'organismo per un eccitamento che in circostanze normali avrebbe suscitato tutta una serie poderosa di movimenti riflessi.

Digitized by Google

Dalle osservazioni ora esposte e da altre analoghe che per brevità ci asteniamo dal riprodurre risultano chiaramente i seguenti fatti:

I. Che la circolazione del cervello anche durante il sonno profondo e nella più completa immobilità presenta delle variazioni notevoli, per cui compaiono nel tracciato del volume certe sinuosità cui abbiamo dato il nome di ondulazioni e si producono dei profondissimi mutamenti, nell'aspetto delle pulsazioni cerebrali.

II. Durante il sonno profondo, quando le impressioni sonore, luminose o tattili non riescono più a destare dei movimenti riflessi visibili alla superficie del corpo e ad interrompere il sonno, vengono ancora seguite da un afflusso maggiore di sangue al cervello, e da un mutamento nella forma delle sue pulsazioni.

Le variazioni molto considerevoli che compaiono nel sonno profondo senza causa conosciuta costituiscono un fenomeno degno di tutta l'attenzione; giacchè prima di accingersi ad uno studio dell'influenza che molte sostanze medicamentose possono esercitare sul cervello sarebbe indispensabile di lucidare questo punto importantissimo della fisiologia su cui non conosciamo altre indagini che quelle fatte a Torino. In un prossimo lavoro che uno di noi pubblicherà col Dott. De Paoli si cercò di risolvere tale questione per mezzo di esperienze più diligenti. Però già fin d'ora osservando noi che le variazioni per così dire spontanee sono così grandi che eguagliano e sorpassano quelle che abbiamo veduto prodursi per alcuni medicamenti, come il cloroformio ed il cloralio, ci persuaderemo senza difficoltà quanto sia ardua l'impresa del farmacologo, che anche nelle condizioni più felici di esperienza si accinge a ricercare il modo di agire degli

Digitized by Google

ipnotici e degli anestetici. Da queste osservazioni risulta come cosa più che probabile, se non evidente, che le modificazioni della circolazione sono un fenomeno concomitante, non la causa prima e indispensabile delle variazioni che produconsi nelle funzioni del cervello durante il sonno e la narcosi.

L'opinione che il sonno venga prodotto dall'anemia del cervello, non può costituire una legge generale, ma è solo un fatto che può avverarsi in molti casi.

Fra le cause che producono l'abolizione della coscienza, meglio che la quantità del sangue contenuta nel cranio, deve prendersi in considerazione la velocità con cui esso si muove nelle circonvoluzioni. L'offuscamento dell'intelligenza che tiene dietro alla diminuzione dell'attività circolatoria non è che un modo speciale con cui può prodursi il sonno. In questi casi in cui esiste un rallentamento nel moto del sangue, non ne segue di necessità che diminuisca il volume del cervello, perchè le vene possono rimanere ingorgate e distese. È così per lo meno che noi spieghiamo il fatto osservato frequentemente nel giovane Thron dell'esistenza di un sonno profondo mentre la cicatrice sopra il cervello rimaneva protuberante e rigonfia. Pensando al compenso che si stabilisce fra le vene e le arterie noi possiamo facilmente comprendere come in simili circostanze rimanga occulta una diminuzione nel calibro delle arterie, se le vene si dilatano, come viceversa dovranno venir facilmente compresse le vene quando per un'attività maggiore della circolazione sono dilatate le arterie. È questa la spiegazione più probabile che ora possa darsi del fenomeno osservato ripetutamente che il cervello non cambia in modo considerevole di volume passando

Digitized by Google

dalla veglia al sonno e dal sonno alla veglia. Nell'ignoranza profonda in cui noi ci troviamo attualmente sulle cause ultime del sonno si può asserire che l'anemia degli emisferi cerebrali non è il solo modo o la sola causa con cui si produce l'assopimento. Essendo questo un problema assai intricato che verrà svolto in un lavoro speciale, nel quale uno di noi raccoglierà insieme le osservazioni testè fatte sopra varie persone che avevano un'apertura nel cranio, noi ci limiteremo a ricordare come nel giovane Thron abbiamo pur anche osservato l'esistenza di un sonno profondo mentre il cervello era depresso e quindi minore l'afflusso del sangue.

PARTE NON UFFICIALE

Nell'elenco dei Soci ordinari dell'Accademia stampato nel numero precedente essendo occorse inesattezze riguardo alle cariche occupate da alcuni, crediamo perciò opportuno di farvi le varie seguenti rettifiche:

Vice-Presidente — Gamba Alberto, Professore d'anatomo-fisiologia all'Accademia di Belle Arti.

Segretario Generale — Giacomini Carlo, Professore d'anatomia umana.

Lessona Michele, Professore di zoologia e di anatomia comparata, Rettore della R. Università.

Bottini Enrico, Professore di medicina operativa e clinica chirurgica nell'Università di Pavia.

Mosso Angelo, Professore di materia medica.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 3ª settimana

dal 13 al 19 gennaio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot
Debolezza, anomalie, deformità congenite	2	3	5	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	4	5	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	2	3	5	» sifilitiche	»	»	
Convulsioni, elmintiasi	1	1	2	» nervose	»	1	
Difterite e croup	5	1	6	» ematiche	»	»	
Coclussie	»	»	»	» calcolose	»	»	
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	»	2	2
Morbillo	»	1	1	Dermatosi varie	»	»	
Scarlattina	»	1	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	2	2
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	
Colèra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	1	1				
» tifoidea e tifo	3	4	7				
» migliare	»	»	»	TOTALE	56	71	127
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	3	3	Non appartenenti alla popolazione di Torino	10	8	18
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	»	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 3ª settim.ma	66	79	145
Malattie dell'appar.º respiratorio	26	27	53	» nelle settim.e precedenti	156	171	327
» dell'apparato dell'alimentazione	4	8	12				
» dell'app.º cardio-vasale	8	3	11	TOTALE complessivo	222	250	472
» del sistema nervoso	4	1	5				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	199	218	417
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 3ª settimana	76	56	132	11	6	17
Nelle precedenti	134	139	273	12	12	24
TOTALE COMPLESSIVO	210	195	405	23	18	41

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 25 gennaio 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci ordinari: Olivetti, Peyrani, Perosino, Valerio, Porporati, Perassi, Mosso, Bizzozero, Berruti.

Assiste all'adunanza il Dott. Dell'Orto, esercente a Nuova Orleans.

Aperta la seduta ed approvato il verbale della seduta precedente, il Socio **Valerio** presenta due volumi sulla vaccinazione, pubblicati dal Dott. Parola; ed il **Presidente** annunzia la presentazione di tre opuscoli del Dott. Dell'Orto di Nuova Orleans, e seguenti:

Berruti *Dott.* Giuseppe — *Le nevralgie simpatiche nella patologia dell'utero.* Torino, 1877.

Parola Luigi *e* Giuseppe — *Étude sur la vaccination, etc.* Torino, 1877.

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie 2ª, Volume X, Fasc. XIX e XX. Milano, 1877.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino*, N° 1-2. Torino, 1878.

The New Orleans Medical and Surgical Journal, 3 fascicoli, di marzo 1874, maggio 1875, marzo 1877, inviati dal Dottore Gio. Dell'Orto, medico a Nuova Orleans (al Socio Peyrani per rapporto).

Il **Presidente**, in seguito, ricorda la comunicazione fatta all'Accademia dal Socio **Mosso** intorno ai fratelli Tocci. Ricorda

Digitized by Google

che da qualcuno si lamentò non avere l'Accademia presa la iniziativa per esaminarli e studiarli. Essendo essi nuovamente in Torino, il **Presidente** chiede all'Accademia se intende fare in modo da potere osservare i fratelli Tocci nello stesso locale della Accademia, oppure diversamente. Prega intanto il Socio **Mosso** a dire in proposito il suo avviso.

Il Socio **Mosso** risponde ch'egli crede conveniente più di tutto che l'Accademia nomini una Commissione per visitare i fratelli Tocci e per quindi riferire, e da questa Commissione egli vorrebbe essere escluso. Molte questioni si hanno ancora ad esaminare e risolvere. Parecchie sono rese difficili dall'età. Egli ne cita alcune ed enumera diversi sperimenti che si potrebbero intraprendere successivamente per rispondere a quesiti intorno alla unicità o duplicità di alcuni organi nei fratelli Tocci, intorno alla loro innervazione, ecc.

Quando si nomini una Commissione, il Socio **Mosso** le somministrerebbe i dati già raccolti nelle fatte ricerche rendendo così più facile una storia completa; storia che bisognerà fare con somma prudenza per evitare errori che si verificarono altre volte in lavori di questo genere.

Il **Presidente** accogliendo la proposta del Socio **Mosso**, alla quale tutti annuiscono, prega il Socio **Mosso** stesso a voler far parte della Commissione Accademica, per la quale egli nomina ancora i Soci **Giacomini** e **Berruti**, aggiungendo che qualora il Dott. Fubini, che assieme al Dott. Mosso già si occupò dei Fratelli Tocci, volesse compiacersi di collaborare colla Commissione dell'Accademia egli ne sarebbe lietissimo.

Il Socio **Perosino** ha in seguito la parola per un Rapporto intorno all'opera del Prof. Vachetta *sulla trasfusione del sangue per mezzo di un nuovo apparecchio* (V. pag. 67, N° 2).

Terminata questa lettura, il **Presidente** ringrazia il Relatore e dopo lo scambio di alcune considerazioni relative ad un trattato di chirurgia veterinaria dello stesso Prof. Vachetta fatte dai Soci **Perosino**, **Bizzozero**, **Peyrani**, **Mosso**; considerazioni che verranno svolte quando il Socio **Perosino** farà all'Accademia uno speciale rapporto su quel trattato, il **Presidente** dà

Digitized by Google

la parola al Socio **Perassi** per un rapporto intorno ad una Memoria del Dott. Fornari *sul Carbonchio* (V. pag. 73).

Terminata questa lettura, il **Presidente** leva la seduta.

Il Presidente **Olivetti.**

Per il Segretario particolare **L. Berruti.**

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

UN PROGETTO DI OSPEDALE PER LE MALATTIE CONTAGIOSE

Prelezione al Corso d' Igiene per l' anno 1877-78 del Dottore LUIGI PAGLIANI, incaricato dell'insegnamento dell'Igiene nella R. Università di Torino.

INTRODUZIONE

In nessun momento forse più che quando si è commossi, come ora noi siamo, da recente gravissima patria sventura, ricorrono al pensiero più spontanei ed autorevoli quei consigli che racchiudono il segreto della patria salvezza. «L'*Italia è fatta, or ci tocca fare gl'Italiani*» è motto celebre, che, mentre compendia tutta la trepidazione di una gioia insperata, è un solenne avvertimento che ci viene da tal uomo, il quale si acquistò intero il diritto di dettare a' suoi connazionali un testamento politico.

Digitized by Google

A me non sta l'indagare fino a qual segno il consiglio del D'Azeglio sia da compiersi per ciò che riguarda l'uomo *politico e morale* in Italia; questo so, e gli ultimi avvenimenti lo hanno meglio che mai mostrato, che il cuore Italiano come unità per sè ormai è fatto ed esiste; ma questo pur troppo la statistica ci insegna invece, a cui si è finora ben poco pensato, che molto e molto lascia ancora a desiderare l'uomo *fisico* nel nostro paese.

Ne valga ciò solo per prova, che, mentre nel clima più disgraziato forse di Europa, fra le nebbie eterne dell'Inghilterra, la mortalità annua oscilla oggidì fra 21 e 23 °/₀₀ abitanti (dal 1865 al 1874); nel giardino di questa stessa Europa, sotto il cielo più ridente ed invidiato, la morte colpisce ben il 27 a 34 °/₀₀ dei viventi (1); mentre l'esercito inglese (1871-74) perde annualmente solo l'8,4 °/₀₀ della sua forza, l'esercito Italiano ne perde l'11,6 (2).

E, o Signori, non vale qui la differenza di razza a spiegare questo fatto sorprendente e per noi triste, come non regge pure a ciò la ragione che si volesse da taluno addurre, sia più favorevole alla longevità un clima nordico, di un clima meridionale. Ancora la statistica, il più attendibile termometro della vita di un popolo, ne fa notare che anche solo 30 anni prima d'ora, la mortalità media dell'armata inglese oscillava fra 15 a 20 °/₀₀ soldati, e che in questi ultimi tempi si è riescito nella metropoli stessa di questa nazione eminentemente pratica, a far discendere la mortalità annua media della popolazione civile dal 42 al 23 °/₀₀.

(1) Bodio — *Del movimento della popolazione in Italia ed in altri Stati di Europa.* 1876.

(2) Sormani — *Mortalità dell'Esercito Italiano.* 1877.

Digitized by Google

La chiave dell'enigma la troviamo negli sforzi immani che in Inghilterra si sono fatti ultimamente per diffondere ed imporre anche nei più ristretti comuni le leggi sanitarie; la troviamo nell'esemplare organizzazione de' suoi consigli ed uffici di sanità e di statistica demografica; la troviamo sopratutto nel profondo senno de' suoi uomini politici, che compresero e seppero curare il vero cancro della loro nazione.

Tutto si può sperare nell'avvenire di una nazione, di cui il primo ministro non si perita di proclamare pubblicamente i principii che il Disraeli espresse in un meeting a Manchester.

« A mio giudizio, egli disse, il miglioramento delle « condizioni igieniche del popolo è un tale problema so- « ciale che deve andare innanzi ad ogni altro, e che ri- « chiede in prima linea l'attenzione dell'uomo di Stato, e « del politico di ogni parte.

« È col procurargli abitazioni sane, acqua potabile « buona, nutrimenti non alterati, aria pura, che noi cu- « riamo al benessere ed al conforto dell'uomo. Io lo ripeto, « le questioni igieniche sorpassano in importanza tutte le « altre, ed altre non ve ne può essere più in alto situate « per il pratico uomo di Stato. Non si può abbastanza « spesso ed abbastanza vivamente insistere su ciò, che « quando si tratta della grandezza e dell'importanza di « una Nazione, debbesi prendere innanzi tutto in consi- « derazione le sue condizioni igieniche. Quando in un « paese il censimento segna una diminuzione nella popo- « lazione, o sia pure soltanto una diminuzione nella po- « polazione maschia, puossi predire, senza tema d'errare, « che questa nazione andrà poco a poco scapitando, o

Digitized by Google

« perderà anche completamente la sua storica impor-
« tanza.

« Io debbo per ciò più accentuatamente ripetere, che
« le questioni igieniche stanno di gran lunga sopra ogni
« altra questione, la quale abbia rapporto coll'interesse
« dello Stato. Si deve pensare che la grandezza di una
« Nazione dipende essenzialmente dal fisico sviluppo dei
« suoi abitanti, e che tutto quanto concorre a favorire
« un miglioramento della pubblica salute, vale come base
« fondamentale della grandezza e dello splendore dello
« Stato ».

Il più caldo voto che noi, cultori delle mediche discipline, possiamo fare per il bene del nostro paese, si è che questi principii si facciano strada fra le mille cure diverse dei nostri uomini politici, ed il più sacro dovere nostro si è che noi coltiviamo questi principii, li diffondiamo, e prepariamo ad essi la più ampia ed efficace applicazione.

Ed è colla più profonda convinzione nel loro alto valore, che l'anno passato, nell'aprire il mio corso libero di Igiene, io mi credetti in dovere di unire la mia, per quanto debole, alle tante voci che lamentavano la soppressione delle Cattedre speciali d'Igiene nelle Università d'Italia; e che oggi, chiamato per singolare ventura all'onore di inaugurare la riapertura di quella della nostra Università Torinese, io non so accingermi al delicato incarico, senza indirizzare prima un voto di riconoscenza al Ministro della Pubblica Istruzione per averla ristaurata, voto a cui son certo associarsi tutti che sono amanti del benessere e del progresso della Patria nostra.

Digitized by Google

Per quanto difficile io riconosca il compito che mi fu affidato, e per quanto impari ad esso siano le mie forze, io spero che mi sorreggerà sempre in esso, la coscienza di concorrere come meglio potrò a fare cosa buona, e la benevolenza loro che farà molta parte al buon volere là dove ad esso venga meno l'opera.

Il progetto di Ospedale per malattie contagiose che ho scelto oggi per tema di introduzione al nostro corso, è quale ho presentato in comune col mio egregio amico, giovane e distinto Ingegnere, il sig. Cesare Abbati, addetto ora al Genio Civile Navale di Genova, per concorso al premio annuale del R. Istituto Lombardo pel 1877.

Ho scelto questo tema a preferenza di qualunque altro, perchè esso mi porge occasione di dare loro un'idea, benchè incompletissima, delle questioni più importanti intorno all'igiene delle costruzioni, di cui non sarà possibile il trattare nell'anno che corre; e perchè esso varrà come un complemento del tema svolto l'anno scorso in simile occasione, dove delineai le condizioni presenti dei nostri Ospedali a vecchio sistema (1).

Rintracciare il male, proporne il rimedio, sono i sacri doveri dell'Igienista verso la Società.

(1) *Dei vecchi e nuovi sistemi di Ospedali. Prelezione al corso libero, con effetto legale, d'Igiene.* 1876-77.

Digitized by Google

Descrizione di un Programma e Progetto di Ospedale per Malattie Contagiose adatto alla Città di Milano, presentato al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, per concorso ad un premio stabilito per l'anno 1877: dai Dottor Luigi Pagliani ed Ing. Cesare Abbati.

1°

Ragioni, per le quali alla città di Milano incombe lo stretto dovere di erigere un Ospedale per le malattie contagiose.

Molteplici e di alto valore sono le ragioni che debbono consigliare alla città di Milano l'erezione di un Lazzaretto per malattie contagiose. Di esse le une entrano nella categoria generale delle ragioni, che rendono doveroso per una qualunque città di qualche importanza il premunirsi così contro l'invasione e lo sviluppo di malattie epidemiche, ed il trovarsi provveduta sempre dei mezzi migliori per limitarle e combatterle; le altre riguardano le condizioni speciali di questa antica città, per ciò che si riferisce alla sua giacitura e costruzione, all'acqua di cui è provveduta ed agli Ospedali di cui è fornita.

Finchè le mediche cognizioni intorno alle cause delle malattie contagiose restano all' odierno livello, tali cioè da aggirarsi soltanto nel campo di più o meno accreditate ipotesi, si deve considerare quale un'imperiosa necessità, dovunque esista un'agglomerazione di individui, quella di Ospedali speciali per queste malattie; dacchè, impotenti a combattere un nemico che non si conosce, l'unica seria e razionale difesa che rimane, si è il tenerlo lontano.

Digitized by Google

L'esperienza troppo spesso in modo terribile ha provato, come forse in nessun' altra contingenza più che in questa sia giusto il detto che *piccola scintilla possa destare grande incendio.*

Un solo individuo che porti il germe colerico, ad es., in mezzo ad una popolazione sanissima, in poche settimane vi getta la desolazione e la morte. Or bene, numerosissime ricerche di Klob e Thomé, di Hallier e di altri molti studiosi, dal 1867 in poi, hanno dimostrato, nelle dejezioni alvine dei colerosi, organismi crigtogamici molto simili ai bacteri, la cui specifica ed eziologica importanza è per lo meno molto sospetta.

Causa di non meno funeste conseguenze, se non sempre così rapide nel succedersi e moltiplicarsi, fu bene spesso l'importarsi in mezzo ad una popolazione del germe scarlattinoso, morbilloso, vajoloso, tifico o difterico; sia che tal germe appartenga alla categoria molto oscura degli organismi crigtogamici, o che sia un qualcosa di non ancora affatto conosciuto.

E se si considera, che incrudelirono talvolta così crudelmente epidemie di tali morbi in luoghi dove parrebbe ad essi presentarsi meno favorevoli le circostanze; che le difficoltà incontratesi nel combatterli coi mezzi ordinari di disinfezione sono grandissime; che, infine, si vanno oggidì dietro più accurate osservazioni sempre più moltiplicando i casi che dimostrano aversi l'infezione a temere dalle emanazioni degli individui affetti, o versate nell'aria o raccolte negli indumenti loro e di chi li attornia, e dalle loro dejezioni specialmente, che riescono ad inquinare, infiltrandosi nel terreno, e l'aria e l'acqua che altri individui consumano, non può tirarsi a giusto ragionare corollario più indiscutibile, che non sia quello

Digitized by Google

che: *prima cura di chi ha dovere di sorvegliare alla pubblica salute, debbe essere di isolare nel modo più completo possibile qualunque individuo venga affetto da malattia contagiosa; e che non vi ha altro mezzo sicuro a tal fine se non il toglierlo dalla cerchia degli altri abitanti.*

E se questo corollario è giusto per una città la quale si trovi nelle più desiderate buone condizioni igieniche, è più che mai giusto per una città come Milano, che per questo rapporto lascia tanto a desiderare.

Si sa con quanta facilità si innalzano e si rimescolano nell'aria particelle solide organiche od inorganiche, organizzate o non. Lo mostra grossolanamente un raggio di luce che traversa un ambiente scuro, e lo hanno provato al microscopio le analisi di Pasteur, Marston, Eiselt. Fra queste particelle solide si trovano spore e detriti organici; materiali che indubbiamente valgono quali fermenti determinanti la putrefazione delle materie organiche esposte all' azione dell' aria che li contiene e dell'acqua; e che, con molta probabilità, concorrono potentemente, se non ne sono causa unica, alla produzione ed alla diffusione delle malattie contagiose, il cui modo di svilupparsi ed il cui procedere accennano molto ai fenomeni di decomposizione organica.

La quantità di queste sporule e detriti organici si fa nell'aria tanto più grande, quanto maggiore è l'agglomerazione di individui; quanto meno regolato è in una città il servizio di esportazione delle dejezioni e di tutti i materiali di rigetto, qualunque origine essi traggano; quanto più saturo è di materie decomponentisi il pavimento della città stessa.

Digitized by Google

Oltre a ciò, l'ulteriore sviluppo delle spore dell'aria, e la moltiplicazione dei loro pestiferi prodotti, si fanno con tanto maggiore rapidità, quanto più l'atmosfera è umida e stagnante ed offre una temperatura entro certi limiti più alta.

Ora, sotto tutti questi punti di vista, è doloroso il dirlo, la città di Milano è in troppo favorevoli condizioni perchè un' epidemia si sviluppi, se importatavi; che anzi, vi prenda essa, come oggidì pur troppo si vede, il carattere endemico, per causa del suo lungo perdurarvi.

Ed invero, l'atmosfera di Milano, per la disposizione stessa della città a strade strette, contorte ed irregolari, con alti edifizi limitanti cortili relativamente piccoli; per la sua giacitura su vasto piano; per la mancanza pure del beneficio di una forte corrente di un fiume, deve di necessità farsi nelle condizioni ordinarie ben sovente stagnante.

L'essere poi ancora la città attraversata da numerose diramazioni scoperte di acqua a lento corso, la quale raccoglie ogni specie di immondizia, favorendone un'ulteriore decomposizione e lo sviluppo quindi di emanazioni infeste; ed il possedere un terreno che trattiene con grande tenacità l'acqua, per modo da offrire campo fecondo alle decomposizioni dei materiali infiltrati; sono evidentemente condizioni che fanno l'atmosfera stessa ricca in acqua e propizia alla moltiplicazione ed allo sviluppo dei germi morbiferi, ed indubbiamente valgono a renderne assai più facile la trasmissione e diffusione.

Se poi si bada per Milano non solo a ciò che più apertamente si può rimarcare, ma a quello pure che più reconditamente nel suo sottosuolo si compie, si

Digitized by Google

trova sempre più forte ragione a paventare una diffusione di contagi, anche quando essi vengano importati in proporzioni molto limitate.

Si è detto, che le acque delle diramazioni del *Naviglio* raccolgono buona parte delle materie di rigetto della città, ne favoriscono la decomposizione, e colla loro lentezza di movimento porgono ampia opportunità a morbifere esalazioni che inquinano l'aria della stessa città. Ma si comprende facilmente, come per loro mezzo una porzione di quelle stesse materie più o meno decomposte debba passare nei pozzi che forniscono l'acqua per uso famigliare degli abitanti; quando si pensa alla porosità delle pareti dei canali in cui quelle acque scorrono; per la quale porosità esse s'infiltrano nel terreno circostante, il quale a sua volta le trasmette ai pozzi, funzionanti, per essere col loro fondo ad un livello inferiore, come tante cavità assorbenti. Fatto questo che il ragionamento fa senz'altro ammettere, e che venne dimostrato in modo evidente dal Pavesi coll'osservazione che col prosciugamento del Naviglio, coincide costantemente un marcato abbassamento del livello dell'acqua dei pozzi.

Ma vi ha di più: il sistema generale delle latrine in Milano è a pozzi neri fissi, i quali ben sovente sono in tutta vicinanza, e sempre soprastanti, per livello, ai pozzi per l'acqua. Nessuna meraviglia quindi che, per lungo andare di anni, si sia fatta nel terreno interposto fra i primi ed i secondi una vera saturazione di materie fecali più o meno alterate, le quali, trascinate dal movimento dell'acqua, verticale ed orizzontale, verso questi ultimi, vi verranno facilmente da quelli trasmesse.

Se si riflette ora ai tanti casi registrati nella scienza di epidemie, ad es., di febbri tifoidee, causate da ma-

Digitized by Google

terie fecali di tifosi che abbiano imbrattata acqua od altre bevande usate poi da individui sani; a quelli sviluppatisi per inquinamento dell'acqua per materie in decomposizione; alla riconosciuta contagiosità delle feccie dei colerosi ed in generale degli affetti da malattie zimotiche; non si può a meno di pensare con raccapriccio al pericolo gravissimo a cui sono esposti i Milanesi ogni volta che anche un solo di tali ammalati si trovi nel recinto della città.

Per quanta cura si ponga nell'isolare un tale individuo, sono troppe le vie per cui il suo contagio può venire altrui trasmesso, anche a grande distanza, perchè praticamente si possa essere sicuri di averle tutte precluse, se non quando solamente si sia esso affatto allontanato dalla città.

Suolsi ripetere, che ogniqualvolta l'isolamento dell'ammalato nella sua propria abitazione non è possibile, lo si ricovera all'Ospedale, col convincimento, forse, di avere fatto meglio. Ma egli è evidente che questo mezzo è tutt'affatto illusorio. Basta, diffatti, conoscere per poco le condizioni dell'Ospedale di Milano (1), per comprendere che il ricoverarvi affezioni contagiose è come un volerne favorire la diffusione nella città.

Un Ospedale che può dare ricetto colle sue succursali nelle adiacenze, a più di 3000 letti; che si trova nel centro più popoloso della città, attorniato da strette vie e da alti fabbricati; che ha le sue infermerie disposte a più piani, circoscriventi cortili chiusi da

(1) In pressochè identiche condizioni si trovano la maggior parte dei più grandi Ospedali d'Italia. V. Pagliani — *Dei vecchi e nuovi sistemi di Ospedali.* Torino, 1877.

Digitized by Google

ogni lato; che ha la sua temperatura e la sua ventilazione oscillanti con quelle dell'atmosfera della città; che è percorso da un canale di acqua scoperto, il quale ne riceve ogni sorta di immondizie, non escluse le stesse lavature delle sale di dissezione, ed alimenta poi, come sopra si è detto, i pozzi delle case che più avanti lambisce; un tale Ospedale, non è pur lecito dubitare un momento non sia un ricovero per ogni rispetto peggiore assai di qualunque si possa avere nelle abitazioni stesse della città: imperocchè non solo non evita gli inconvenienti a cui la presenza in queste di tali ammalati trae con se, ma per di più li accresce, dacchè serve a costituire un centro dove si effettua una abbondante produzione di miasmi infetti, i quali, condensati, non possono che riescire maggiormente pericolosi.

Per tutte queste ragioni, particolarmente, si può bene peritarsi di dire, che se per qualunque altra città, l'erezione di un Ospedale per malattie contagiose sarebbe della massima opportunità, per Milano è un sacro ed imperioso dovere, il quale si debbe imporre, al dissopra di ogni aspirazione al possesso di un'opera d'arte e di abbellimento, al dissopra pure di qualunque concorso a sviluppo scientifico od industriale.

2°

Ubicazione dell'Ospedale.

La scelta dell'ubicazione di un Lazzaretto per malattie contagiose deve essere subordinata non solo alle esigenze igieniche dell'Ospedale stesso, ma ancora a quella della città.

Digitized by Google

Che la località dove si vuole esso erigere sia spaziosa e libera, ed il meglio possibile ventilata; che il suolo sia asciutto, per quanto le speciali circostanze lo permettono, sono condizioni a cui in ogni contingenza debbesi cercare di rispondere, e le quali nel caso concreto si ritiene di trovare soddisfatte più che altrimenti, consigliando l'impianto dell'Ospedale in progetto, al di fuori della strada di circonvallazione, ad ovest della Città, nelle adiacenze della via per Gallarate.

Oltre l'essere questa una fra le località, più sana e meno umida, per la sua situazione alquanto rialzata, e per essere libera da marcite, offre poi il vantaggio di trovarsi in un punto di facile comunicazione colla Città, ed abbastanza, senza esserlo troppo, vicino al Camposanto; per modo da non esigersi un cammino molto lungo in mezzo all' abitato, sia pel trasporto degli ammalati che dei morti.

Per riguardo alla città questa ubicazione viene suggerita in modo speciale dalla direzione predominante per essa dei venti dell'Est, e meglio ancora dalla circostanza, che questa direzione di venti è quella che porta a Milano l'aria più satura di vapori acquei. Si comprende, che se quest'aria umida prima di arrivare alla città dovesse attraversare un focolaio contagioso quale deve di necessità divenire un tale Ospedale, per quanto nelle migliori condizioni tenuto, non potrebbe fare a meno di portarle un'enorme quantità di materiali morbiferi, dei quali si impregnerebbe tanto più abbondantemente, quanto più ricca essa sarebbe in umidità.

Non così a temersi sono invece i venti dell'Ovest, che vengono in seguito per frequenza, ed i quali sono invece apportatori di aria più secca. La facilità con

Digitized by Google

cui quest'aria è capace di caricarsi di principii morbosi è molto minore, come del resto sono sfavorevoli le sue proprietà igrometriche al loro sviluppo e propagazione.

Si potrebbe forse da taluno preferire una situazione più a Nord, se a considerazioni atmosferiche abbastanza importanti, non vi si aggiungesse nel caso concreto per opporsi, il trovarsi in tale situazione il Camposanto e la strada ferrata colla stazione centrale; e non valesse per altra parte anche assai il fatto, che piuttosto verso tale direzione che non a quella dell'Ovest, vi sia tendenza a nuove fabbricazioni, le quali, ampliando la città, la porterebbero man mano sempre più vicino a ciò che le si vorrebbe allontanare, colla giusta tema che un giorno non ne venisse l'Ospedale del tutto accerchiato.

3°

Struttura e distribuzione generale dell'Ospedale.

Due questioni essenziali si affacciano a chi si accinge a formulare un programma di un Ospedale per malattie contagiose, l'*igienica* e l'*economica amministrativa.*

Per la prima, stando al fatto che il riunire molti individui colpiti da una stessa affezione d'indole contagiosa, è causa che più si aggravi il loro malore, e più facilmente riesca a tristi conseguenze, non si

Digitized by Google

troverebbe miglior soluzione che nel tenere tali ammalati del tutto isolati gli uni dagli altri; per la seconda, invece, la migliore soluzione richiederebbe la riunione di gran numero di individui sotto una stessa direzione, per potervi prestare, con economia di tempo, di mezzi e di personale, le cure volute.

Un accordo fra queste due esigenze si ha abbastanza soddisfacente soltanto nella distribuzione degli Ospedali così detti a Baracche, prima sperimentati con tanto felici successi nella guerra di Crimea, in quella degli Stati Uniti d'America, nella Franco-Prussiana, e che oggidì vanno sempre meglio acquistando favore anche nel servizio spitaliero civile.

Il concetto fondamentale di questo genere di Ospedali è quello di riunire bensì ad un centro comune amministrativo e sanitario un discreto numero di ammalati; ma nello stesso tempo di distribuirli in tanti piccoli gruppi, fra di loro isolati, come se si trattasse di tanti piccoli Ospedali raccolti attorno ad un centro.

Il vero tipo di Ospedale a Baracche per malattie contagiose dovrebbe essere quello che permetta di trasportarle di tempo in tempo in località diverse, affine di evitare gli effetti di saturazioni del terreno per parte di materiali morbiferi.

Il tipo invece che venne nel caso concreto prescelto è quello di Baracche fisse, solidamente costrutte in muratura: e questo anzi tutto perchè nelle condizioni finanziarie delle città Italiane, si deve già ritenere

Digitized by Google

una grande vittoria per la scienza, se Milano iniziasse per tal modo una rivoluzione contro il *mefitismo secolare degli Ospedali Monumentali*; in secondo luogo poi, perchè il temuto accumulo di materiali morbiferi si può a sufficienza evitare con un conveniente adattamento di metodi di esportazione dei materiali di rigetto di qualunque provenienza essi siano, senza che alcuna porzione di essi si infiltri nel suolo su cui lo Ospedale è eretto.

Uniformandosi a questo concetto, l'Ospedale in progetto venne composto da un assieme di 10 baracche, a conveniente distanza le une dalle altre; messe in comunicazione con edifizi speciali, destinati a servizi a tutte loro comuni, col mezzo di un ampio porticato, coperto superiormente per riparo dalle intemperie, ma affatto aperto lateralmente ad una libera circolazione di aria. Non si dà importanza appositamente all'inconveniente che possa arrecare nella stagione più fredda una tale disposizione del porticato, perchè se esso fosse altrimenti chiuso, si perderebbe la maggior parte del benefizio della divisione delle Baracche, in quanto che una differenza di temperatura sarebbe sufficiente a determinare dei richiami di aria fra l'una e l'altra ed uno scambio di questa fra di esse.

L'area totale che quest'Ospedale dovrebbe occupare è di m. q. 44,093.

Un muro di cinta di 2 a 3 metri di altezza deve chiudere quest'area per modo da valere come riparo

Digitized by Google

che non tolga la vista al di fuori per le finestre delle Baracche.

L'entrata per gli ammalati è dall'edifizio sanitario prospiciente la strada di circonvallazione (V. Descrizione di quest'edifizio).

L'entrata di tutto che riguarda il servizio amministrativo, si fa dalla parte opposta, in apposito cortile dell'edifizio amministrativo (id.).

La disposizione delle diverse parti dell'Ospedale risulta meglio che altrimenti dalla pianta annessa al progetto (tav. I.).

Il porticato rappresenta un quadrilatero che abbraccia nella sua area 10 Baracche; le quali tutte mettono ad una sua diramazione che divide in due parti eguali lo stesso quadrilatero, e va direttamente dall'edifizio sanitario all'amministrativo.

Ai quattro angoli del quadrilatero stanno, dalla parte dell'edifizio sanitario, la chiesa a destra, ed a sinistra un padiglione che comprende la *camera mortuaria*, la *sala per le autopsie* e per le disinfezioni, con una porta di servizio per l'esportazione dei cadaveri. Dalla parte dell'edifizio amministrativo, di fronte al padiglione mortuario, la lavanderia; di fronte alla chiesa, un padiglione per raccolta di tutti i materiali di rigetto dell'Ospedale, secondo il sistema Süvern.

Digitized by Google

Dal braccio laterale destro di porticato, dipartendosi dall'edifizio sanitario, si mette al padiglione annessovi per stabilimento di bagni.

Dal braccio laterale sinistro di portico, dipartendosi dall'edifizio amministrativo, si mette nella ghiacciaia, sopra la quale dovrà situarsi la vasca che deve distribuire l'acqua a tutte le Baracche.

Lungo tutto il porticato decorrono due coppie di rotaie, sulle quali si può molto comodamente fare circolare dei carretti a mano, per il disimpegno di qualunque servizio dello Spedale.

Su questi carretti si possono condurre i letti per ricevere ammalati incapaci a trasportarsi di per se stessi nelle infermerie; si possono tradurre nei loro stessi letti, dalle baracche al padiglione mortuario, i morti, e, lasciati questi, condurre i letti alla lavanderia dopo averli disinfettati; si possono inoltre molto rapidamente e comodamente disimpegnare tutti i servizi di trasporto di lingerie, di medicinali, di alimenti, ecc.

Per ragioni facili ad apprezzarsi, si è creduto opportuno di mettere separati dal possibile contatto cogli adulti, i ragazzi; pei quali vi sono, d'ambo i lati dell'intiero Ospedale, progettate due doppie Baracche riunite, con ciascuna nel suo intermezzo le camere per il loro speciale servizio.

Digitized by Google

Il braccio di porticato che divide in due metà lo Ospedale, serve pure a dividere i giardini destinati ai convalescenti uomini e donne: i due bracci ad esso paralleli, dividono i giardini dei ragazzi da quello degli adulti dei due sessi.

4°

Proporzioni dell'Ospedale.

Le proporzioni di questo Ospedale sono tali da potersi nelle migliori condizioni possibili dare ricetto a 300 ammalati: dei quali 120 uomini e 120 donne, distribuiti gli uni e le altre in 5 distinte Baracche, disposte parallelamente le une alle altre a fianco della diramazione centrale del porticato; e 30 ragazzi e 30 ragazze, nelle doppie Baracche laterali.

Un tal numero di letti, che dovrebbe essere sufficiente, salvo casi eccezionalissimi, avuto riguardo alle consultate statistiche delle epidemie ultime sofferte dalla città di Milano per colera, vaiuolo e difterite, potrà tuttavia essere aumentato, non però senza inconvenienti, in caso di estrema necessità, coll'aggiungere delle tende provvisorie lungo il muro di cinta. In caso però di una tale imponente necessità, sarebbe sempre certamente a preferirsi l'erezione in un altro punto dei dintorni della città di Baracche provvisorie, a fine di evitare un dannoso agglomeramento.

Digitized by Google

Sarebbe superfluo l'aggiungere che questo genere di Ospedale risponde pienamente alla richiesta del programma del concorso, intorno alla eventualità di due o più epidemie contemporaneamente sviluppatesi in Milano.

(Continua).

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

La folie à deux, o pazzia comunicata, *dei dottori* LASEGUE e J. FALRET. — Sebbene sia rara la propagazione del delirio dei pazzi ad altri alienati, od a persone sane, tuttavia si osserva talvolta, ed i dottori precitati ne riferirono già alcuni casi or fa qualche anno. Noi ne abbiamo pure osservato alcuni casi che rendemmo di pubblica ragione in questo giornale or sono due anni sotto il titolo: *Valore dell'imitazione nella trasmissione di pazzie d'identica forma.* Ora i dottori Lasegue e Falret ne riportano parecchi altri, e stabiliscono alcuni principii psicologici, secondo i quali tale comunicazione di delirii si effettuerebbe. Noi crediamo di riferire le conclusioni di tale importante scritto, tanto più che in massima parte concordano colle opinioni espresse nella sopr'accennata nostra memoria. Le conclusioni dei due egregi dottori francesi sono:

1° Nelle condizioni ordinarie la trasmissione per contagio della pazzia non ha luogo da un alienato ad un individuo sano di mente, come rarissimo è il contagio delle idee deliranti da un alienato ad un altro alienato.

2° Il contagio della pazzia non è possibile che nelle condizioni eccezionali che abbiamo studiato sotto il nome di *folie à deux.*

Digitized by Google

3° Queste condizioni speciali possono riassumersi così:

a) Nella *folie à deux* o pazzia comunicata, l'uno degli individui è l'elemento attivo, più intelligente dell'altro, crea il delirio e s'impone progressivamente al secondo che costituisce l'elemento passivo. Questi da prima resiste, poi subisce poco a poco la pressione del suo congenere, anche reagendo a sua volta su di lui, in una certa misura, per rettificare, correggere e coordinare il delirio, che diventa allora comune, e che dessi ripetono a tutti colle stesse parole ed in maniera quasi identica.

b) Affinchè questo lavoro possa compiersi parallelamente in due intelligenze differenti bisogna che questi due individui vivano per lungo tempo d'una vita assolutamente comune, nello stesso ambiente, partecipando della stessa maniera d'esistenza, gli stessi sentimenti, gli stessi interessi, i medesimi timori, e le stesse speranze, ed isolati da ogni altra influenza esterna.

c) La terza condizione necessaria perchè sia possibile la trasmissione del delirio si è che questo delirio abbia i caratteri della verosomiglianza, che si mantenga nei limiti del possibile, che poggi su di fatti avvenuti nel passato, o sopra paure o speranze concepite per l'avvenire. Soltanto questa condizione di verosomiglianza lo rende trasmissibile da un individuo ad un altro e permette alla convinzione dell'uno di innestarsi nello spirito dell'altro.

4° La *pazzia gemella* si produce sempre nelle condizioni sopraccennate. Tutte le operazioni presentano caratteri della massima analogia, anzi quasi identici nell'uomo e nella donna, nel fanciullo, nell'adulto e nel vecchio.

5° Questa varietà di pazzia è più frequente nella donna, ma si osserva pure nell'uomo.

6° Si potrebbe far intervenire nella sua genesi l'ereditarietà

Digitized by Google

come causa predisponente, quando si tratta di due persone appartenenti alla stessa famiglia, come la madre e la figlia, due sorelle, il fratello e la sorella, la zia e la nipote ecc. Ma questa causa non può più essere invocata nei casi in cui non esiste nei due malati alcun vincolo di parentela, come quando la malattia si manifesta fra il marito e la moglie (1).

7° L'indicazione terapeutica principale consiste nel separare i due malati l'uno dall'altro. Succede allora che uno d'essi può guarire, principalmente il secondo, quando sia privo del punto d'appoggio di quegli che gli ha comunicato il delirio.

8° Nel maggior numero dei casi il secondo malato è meno tocco del primo. Potrebbe talvolta ritenersi che abbia soltanto subito una pressione morale passeggiera, e non come alienato nel senso sociale e legale della parola. Non è necessario allora che sia sequestrato, mentre che si fa ricoverare il suo congenere.

9° In qualche raro caso, la pressione morale esercitata da un alienato su d'un altro individuo più debole di lui può estendersi ad una terza persona od anche in una maniera più debole, ad alcune persone che convivono coll'alienato. Ma allora basta quasi sempre che l'alienato attivo sia sequestrato dalle persone che ha influenzato a vari gradi perchè queste abbandonino gradatamente le false idee che erano loro state comunicate (2).

Nello stesso numero degli annali medico-psicologici si legge un breve scritto del Dott. Dally, intitolato: **De l'état et du**

(1) Potrebbero però entrambi aver predisposizione ereditaria trasmessa dai rispettivi parenti. — P.

(2) *Ann. médico-psyc.*, novembre 1877 — P.

Digitized by Google

délire malicieux. L'Autore crede che il gruppo confuso delle affezioni che si chiamano impropriamente isteriche dovrebbe essere diviso in più ordini, essendo sovente i loro sintomi dipendenti da altre cause che dallo stato dell'utero o dalle ovaie sul sistema nervoso.

Invero la crasi del sangue, la condizione del ventricolo, delle intestina, e specialmente lo stato del cervello, del midollo spinale e dei nervi in generale esercitano un'influenza nella manifestazione dei sintomi isterici non minore dell'apparato genitale della donna.

È bensì vero che tali malattie sono più frequenti in questa che nell'uomo, ma una tal differenza può anche dipendere dalla diversa costituzione fisica generale, dall' educazione e dal genere di vita tanto differenti nei due sessi, senza che sia necessario di sempre ricorrere all'azione dell'utero o delle ovaie sul sistema nervoso centrale per dar luogo a quell' apparato moltiforme di sintomi che si chiama isterismo.

Il Dott. Dally accenna a vari casi di condotta e discorsi stravaganti osservati specialmente in donne che furono battezzati per isterismi, senza però che avessero alcuna nota dipendenza dall'apparato uterino. Tali fatti in sostanza erano piuttosto simulazioni di delirio attuate nell'intento di attirare su di sè l'attenzione, di dare spettacolo, d'interessare la famiglia alla propria sorte, o di far dispetto ai parenti per un non conseguito desiderio e cose simili. Questi gruppi di sintomi sono dall'Autore denominati *delirii maliziosi.*

Egli in questi casi consiglia di esaminare bene il supposto ammalato, o la supposta ammalata, e riconosciuto non avere fondati indizi di morbo reale, di abbandonarla intieramente a sè stessa. L'obblio e l'apparente non curanza sono i rimedi più efficaci, come lo sono talvolta nei ragazzi pretenziosi, i quali

Digitized by Google

in occasione, ad esempio, di caduta, se troppo compatiti esagerano od anche inventano sofferenze; non curati, cessano presto dai lamenti, o non ne fanno punto. I castighi invece inaspriscono l'animo.

L'idropatia bene e regolarmente eseguita coadiuva e rafferma la cura morale nei *deliri maliziosi*.

Il Dott. Séguin, americano, a tal proposito narra il fatto di un fanciullo di 12 anni il quale a più riprese e solo per attrarre l'attenzione su di sè aveva accumulato materie combustibili e messovi il fuoco. Nè le minaccie, nè l'intervento stesso della polizia erano riusciti a guarire questa monomania simulata. Un cambiamento completo di ambiente, cioè del domicilio e delle persone che circondavano il ragazzo, produsse la guarigione completa e durevole di questo stato malizioso, ed il fanciullo confessò allo stesso Dott. Séguin che non aveva mai avuto altro scopo che di provocare l'attenzione altrui su d'un caso straordinario.

Degli effetti terapeutici del cloridrato di pilocarpina *per il Dottore* Leyden. — In un rapporto della Società Medica di Berlino, il Dottore Leyden riassume così le proprietà curative del cloridrato di pilocarpina, l'alcaloide del jaborandi.

Questo medicamento, egli dice, venne impiegato in casi differentissimi gli uni dagli altri, quando i mezzi terapeutici analoghi non avevano dimostrato alcuna efficacia. Non fu mai causa di inconvenienti, a detta dell'Autore. Ecco d'altronde l'enumerazione delle malattie in cui il cloridrato di pilocarpina ha reso incontestabili servizi. Noi citeremo: 1° Le malattie febbrili, p. es. la febbre tifoidea, l'angina catarrale ed il reumatismo articolare

Digitized by Google

febbrile. La pilocarpina in quest'ultima malattia può essere associata al salicilato di soda; 2° Nei dolori ischiatici la pilocarpina provocando una diaforesi rapida ed abbondante, procura la guarigione; 3° Nella parotite, in cui la guarigione si ottiene pure con un sudore copioso. L'Autore cita all'appoggio un'osservazione di parotite doppia consecutiva a febbre tifoidea, guarita con l'uso di questo rimedio; 4° È pure presumibile che l'idroclorato di pilocarpina abbia un'azione favorevole nei catarri secchi, promovendo l'espettorazione. Il Dott. Leyden avrebbe bisogno di fatti per affermare cotesta asserzione; 5° Ma egli è principalmente nella cura delle idropisie che la pilocarpina trova la sua più importante indicazione. Da lungo tempo è vero che, per combattere questa affezione, si usano i medicamenti che provocano un'abbondante traspirazione; ma la più parte dei medesimi sono infedeli o pericolosi: i bagni in particolare espongono a congestioni pericolose al petto ed al capo.

Si pretese che la pilocarpina sia controindicata nelle idropisie dipendenti da una cardiopatia organica, quando l'impulso cardiaco è molto affievolito. Dessa aggraverebbe anche talora le malattie dei reni, aumentando la quantità d'albumina contenuta nelle orine. Il Dott. Leyden pensa che si sono male interpretati i fatti, e che la pilocarpina nè debilita di più le contrazioni del muscolo cardiaco, nè aggrava le malattie renali. Bisogna infatti rendersi un conto esatto dell'effetto prodotto da questo farmaco. La pilocarpina promovendo una copiosa diaforesi supplisce alla deficienza della secrezione orinaria, e scongiura in tal modo e per un dato tempo i pericoli risultanti da cotesto stato di cose. Accade sgraziatamente che questo mezzo, dopo un certo tempo, e per effetto dell'abitudine non produce più il risultato che si sperava. La sua azione consiste a diminuire i versamenti sierosi, ed un tal risultato può essere considerevole, poichè se si ristabi-

Digitized by Google

lisce la compensazione stata distrutta, ad es., in un'affezione cardiaca, il malato risente un miglioramento che può durare lungo tempo.

Nelle affezioni croniche dei reni, il cloridrato di pilocarpina diminuisce ugualmente gli spandimenti sierosi e l'edema delle estremità inferiori. Esso adduce nello stato generale del malato un miglioramento molto apprezzabile. Giammai il dottore Leyden ebbe la pretensione di sostenere che la pilocarpina guariva le malattie croniche del cuore o dei reni. La medesima solleva considerevolmente il paziente, attenuando o facendo anche svanire una complicazione incomoda e pericolosa, ed a tal uopo i pratici debbono conoscere bene le indicazioni. La pilocarpina trova ancora la sua convenienza nelle forme acute della nefrite. Le infiammazioni dei reni epiteliali o parenchimatose, il cui tipo più compiuto è la nefrite scarlattinosa, sono suscettive di guarigione completa, quando sono debitamente curate. Il maggiore pericolo che il malato abbia a temere è la diminuita secrezione orinaria. Gli spandimenti sierosi nella pleura, l'edema polmonale, e gli accidenti uremici che ne risultano, possono produrre una morte rapida. Se si può pertanto rimediare a tempo ai pericoli della ritenzione orinaria, gli accidenti sono scongiurati. Ora i migliori risultati ottenuti in simili circostanze sono dovuti all'uso del metodo sudorifico. Ma bisogna saper fare una scelta, ed i bagni caldi in particolare sono mal tollerati nell'idrotorace e nell'edema polmonare. Egli è qui che la pilocarpina trova benissimo la sua applicazione. È il miglior mezzo di ottenere un miglioramento rapido e sicuro, provocando una copiosa diaforesi, senza pericolo pel malato, principalmente quando questi è giovane e non è stato affievolito da una lunga malattia. Il medicamento debb'essere amministrato in maniera da provocare una diaforesi tutti i giorni, ed anche, secondo le circostanze, due volte

Digitized by Google

al giorno: questo metodo ha sul metodo diuretico il gran vantaggio di non intaccare il parenchima renale, quando questo presenti già le lesioni della nefrite. È noto infatti che tutti i mezzi che hanno per scopo di aumentare la secrezione orinaria sono assolutamente controindicati nella flemmasia renale. Però quando l'edema tende a farsi generale, che vi è dispnea, cefalalgia, bisogna agire sollecitamente, poichè il pericolo è stringente. Se non si avesse a portata un sudorifico potente, bisognerebbe di necessità aver ricorso a diuretici per accrescere la secrezione orinaria e dileguare i pericoli. Ora egli è in questi casi che la pilocarpina è grandemente indicata, scongiura il pericolo provocando l'uscita d'una considerevole quantità di siero, il medico può attendere allora con animo calmo il momento in cui, la nefrite ammansandosi, la diuresi si fa più copiosa e previene così il ritorno dei pericoli.

Le osservazioni di nefrite epiteliale in cui il dott. Leyden impiegò la pilocarpina, corrisposero completamente alle speranze che egli fondava su questo medicamento. Non incontrò per verità casi in cui l'enuria fosse completa. La più gran parte dei casi da lui osservati si riferiscono a nefriti consecutive alla difterite. Desse erano complicate a sintomi gravi ed a diminuzione notevole della secrezione delle orine. In tutti i malati, l'idropisia e le turbe gravi della respirazione diminuirono sotto l'influenza della pilocarpina anche quando la secrezione orinaria si manteneva ancora scarsissima. In capo a qualche giorno la diuresi facevasi più abbondante, ed il miglioramento procedeva allora rapidamente. Il dott. Leyden ha l'abitudine di sottomettere i suoi malati alla dieta lattea nel tempo stesso che prescrive loro il cloridrato di pilocarpina.

Egli impiega questo rimedio alla dose di 25 milligrammi per un'iniezione sottocutanea, e secondo le circostanze, ne fa una

Digitized by Google

o due per giorno al malato(1). — *Bulletin général de thérapeutique*, 30 *janvier* 1878, *che lo riporta tradotto in tedesco.*

NOTIZIE

PROGRAMMA DI CONCORSO

ad un premio di L. 1,000

DECRETATO DALL'ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

per la dissertazione

che sarà giudicata migliore in argomento

di igiene pubblica.

NORME DEL CONCORSO

1. Il tema del concorso sul quale verseranno le gare dell'ingegno, è lasciato libero alla scelta degli Aspiranti, purchè la Memoria si contenga nei limiti della **Igiene Pubblica** e adempia alle seguenti condizioni:

(1) Noi non conosciamo per esperienza l'uso della pilocarpina ed abbiamo riferito il presente scritto come un saggio pratico circa il medicamento medesimo, sebbene crediamo che i precetti ivi contenuti debbono essere accettati con molta prudenza. Speriamo poi che se la pilocarpina sarà trovata veramente utile in molte malattie, si troverà pure il modo di usarla senza pericolo per la bocca, e non soltanto per via ipodermica.

P.

Digitized by Google

A) Che non consista di mera erudizione, ma porti l'impronta di qualche concetto originale.

B) Che miri chiaramente a scopo di generale interesse e di pratica applicazione.

C) Che sia fondata su fatti ed anche sopra appositi esperimenti, ove la natura del soggetto lo esiga.

2. Il concorso è aperto a tutti i medici d'Italia, esclusi soltanto i membri ordinari o residenti dell'Accademia medica di Roma.
3. La Dissertazione scritta in italiano e di carattere ben leggibile dovrà farsi pervenire alla Presidenza dell'Accademia non più tardi del 1° febbraio del 1879.
4. Ogni Memoria porterà in fronte un motto che sarà ripetuto al di fuori di una scheda sigillata contenente il nome dell'Autore.
5. Sono esclusi dal concorso i lavori già resi di pubblica ragione con la stampa, ovvero già presentati ad altre Accademie o per altro concorso.
6. Il premio sarà indivisibile.
7. Tutte le Memorie inviate pel concorso restano nell'Archivio dell'Accademia; è però in facoltà dell'Autore di domandarne copia a proprie spese.
8. L'Accademia nominerà una Commissione di Professori i più competenti nella materia per l'esame dei lavori presentati al concorso.

Roma, dalla sede dell'Accademia nella R. Università, 22 gennaio 1878.

Il Presidente

Prof. C. Maggiorani.

Il Segretario

Dott. C. Brunelli.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 4ª settimana

dal 20 al 26 gennaio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot
Debolezza, anomalie, deformità congenite	1	6	7	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	»	6	
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	2	2	» sifilitiche	»	»	
Convulsioni, elmintiasi	2	1	3	» nervose	»	»	
Difterite e croup	2	4	6	» ematiche	»	»	
Coclussie	2	»	2	» calcolose	»	»	
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	»	1	
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	1	»	
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	1	
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	2	3	5	TOTALE	66	74	140
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	7	15	22
Malattie chirargiche e traumatiche	4	1	5				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 4ª settim.na	73	89	162
Malattie dell'appar.o respiratorio	31	26	57	» nelle settim.e precedenti	222	250	472
» dell'apparato dell'alimentazione	9	10	19				
» dell'app.o cardio-vasale	2	6	8				
» del sistema nervoso	9	3	12	TOTALE complessivo	295	339	634
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	1	2	3	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	265	292	557
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 4ª settimana	64	68	132	9	2	11
Nelle precedenti	210	195	405	23	18	41
TOTALE COMPLESSIVO	274	263	537	32	20	52

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

SULLA PATOLOGIA DEL TESSUTO NERVOSO

Comunicazione preventiva letta in seduta delli 8 febbraio 1878 dal Dott. **Guido Tizzoni**

(Lavoro eseguito nel laboratorio del Prof. Bizzozero).

Dopo le recenti scoperte d'istologia normale del tessuto nervoso, era naturale che la patologia di questo dovesse pure esser riveduta, per esser modificata o corretta in alcune parti, per venire maggiormente rischiarata od ampliata in altre. Partendo da questa considerazione ho intrapreso da qualchè tempo una serie di osservazioni e di esperimenti sulla patologia del tessuto nervoso, e dai quali fino ad ora oso di trarne solamente delle conclusioni parziali, benchè il numero di questi esperimenti sia oggi assai rilevante: queste conclusioni riguardano le degenerazioni delle fibre midollari e pallide in seguito alla sezione o ad altre stimolazioni artificiali, e la reazione agli stimoli dei centri nervosi. Per lo studio delle degenerazioni delle fibre pallide ci servimmo dei nervi della cornea del coniglio o della rana, praticando sopra di questa delle incisioni semplici o delle asportazioni di tessuto,

Digitized by Google

ovvero delle cauterizzazioni con lapis infernale; mentre per lo studio delle degenerazioni delle fibre midollari, esperimentammo preferibilmente sul nervo ischiatico del coniglio, che ora sezionammo semplicemente, ora escidemmo per l'estensione di un centimetro ad un centimetro e mezzo, ora legammo più o meno strettamente ed ora infine stimolammo per iniezioni parenchimatose di liquidi irritanti o caustici. Negli esperimenti sui centri nervosi ci valemmo sia di semplici incisioni sia di profonde asportazioni di cervello, sia di stimolazioni per iniezioni irritanti o caustiche, sia finalmente della semplice depressione di piccoli pezzetti delle ossa del cranio.

In alcuni di questi studi intanto ci accorgemmo ben presto, come per non cadere negli stessi errori di quelli che ci precedettero, si fossero dovuti mettere in pratica i più svariati metodi di preparazione, che ci additassero in tessuti così complessi ora l'una, ora l'altra particolarità. Perciò nello studio delle alterazioni delle fibre midollari, oltre alle solite preparazioni con carminio o picro-carminio e con acido osmico commendate da tutti gl'istologi, e che valgono benissimo per studiare alcune parti superficiali della fibra nervosa come i nuclei di questa, il protoplasma che le sta attorno, non che la guaina midollare, trovammo necessario di ricorrere ancora ad altri metodi, i quali per mezzo di reagenti chimici sciogliessero la mielina e mettessero in evidenza le alterazioni di quelle parti, come del cilindro dell'asse ad esempio, che per esser nascoste dalla guaina midollare o dalle goccie di mielina non si rendevano accessibili ai nostri liquidi ordinari di colorazione e si sottraevano quasi completamente alla nostra osservazione. Questo fatto aveva pure colpito molti altri osservatori, ed il Ranvier fra

Digitized by Google

gli ultimi nella sua recentissima pubblicazione che ha per titolo *Leçons sur l'histologie du système nerveux*, discutendo a lungo sul numero e sulla bontà dei diversi metodi preparatori, conviene che le discrepanze riguardanti le alterazioni del cilindro dell'asse, dipendono interamente dalla forte refrangenza della guaina midollare o delle goccie di mielina, ma nell'atto pratico poi non sa trar profitto di queste giustissime considerazioni, e come gli altri osservatori, seguita a nascondere maggiormente il contenuto della fibra nervosa ed il cilindro dell'asse specialmente, colorando in nero per mezzo dell'acido osmico la guaina midollare.

a) Degenerazioni delle fibre nervose pallide — La degenerazione delle fibre nervose pallide in seguito a cauterizzazioni o a soluzioni di continuo, poteva osservarsi benissimo e sopra elementi ancora in vita, esaminando nell'umor acqueo la cornea in esperimento appena distaccata dall'occhio. Dopo alcuni minuti che è compiuta la preparazione, compariscono molto evidenti i corpuscoli corneali, le cellule semoventi e i nervi, anche nelle loro diramazioni le più minute, e non solo se ne può riconoscere la loro presenza, come accade per le ordinarie preparazioni con cloruro d'oro, ma si possono studiare ancora tutte le più minute particolarità. Non lasciammo però di controllare le nostre osservazioni ancora con preparazioni a cloruro d'oro, le quali ci servirono, se non altro, a vedere fino a qual punto fosse avvenuta la distruzione e la riproduzione di un nervo senza additarcene peraltro il processo intimo.

Al secondo o terzo giorno dopo l'esperimento, si trovava attorno al punto leso una zona, che variava di estensione col variare della forza dello stimolo,

Digitized by Google

nella quale i nervi si mostravano alterati per una degenerazione granulare: per questa la fibra nervosa ordinariamente diveniva più grossa e come rigonfiata, a contorni irregolari e con un contenuto fortemente granuloso, talora con qualche goccia di grasso.

Oltre la degenerazione granulare si potevano osservare nella fibra nervosa anche degli spazii chiari che sembravano vacuoli o spazii ripieni di liquido albuminoso, trasparente. Dopo 4 o 5 giorni, si trovava che i nervi degenerati terminavano ad una certa distanza dal punto leso e la terminazione di questi avveniva ora con un rigonfiamento claviforme, ora con un rigonfiamento irregolare, ora con una spirale più o meno interrotta, ed ora finalmente con una semplice sfumatura. In seguito la fibra degenerata andava man mano assottigliandosi, tanto che ad una certa epoca, la fibra nervosa normale, che si mostrava per un piccolo tratto più omogenea e terminata in un punto lucente, in un rigonfiamento od in una sfumatura, si trovava in continuazione per una linea interrotta di grossi granuli, con la clava o con la spirale terminale della fibra degenerata che stavano attorno al punto leso.

Nelle forti stimolazioni e nelle cauterizzazioni specialmente, potemmo osservare, come già aveva notato lo Stricker, la penetrazione entro i nervi delle cellule semoventi, le quali si trovavano o a lato del cilindro dell'asse degenerato o nell'interno dei vacuoli sopra descritti. Sempre con questo metodo, potemmo notare nelle fibre pallide una moltiplicazione nucleare simile a quella delle fibre midollari e più volte avemmo occasione di osservare dei nuclei a forma di rene ovvero due o tre nuclei molto vicini.

Digitized by Google

b) Degenerazione delle fibre nervose midollari. — Nello studio delle degenerazioni delle fibre midollari fatto con i reagenti che servono a sciogliere la mielina, constatammo poco tempo dopo praticata la lesione e anche nelle fibre nervose normali, la presenza di un reticolo corneo che va dalla guaina di Schwann al cilindro dell'asse e che merita una attenta considerazione per le funzioni che compie. Dopo la scoperta nei nervi della cheratina per opera del Prof. Kühne, è interessante di vedere come questa materia cornea formi nella guaina midollare un vero reticolo, costituito da tante laminette splendenti che viste di lato compariscono come sottilissimi filamenti. Non potei decidere se questo reticolo termina nel cilindro dell'asse o in una guaina periassile, come vorrebbe il Kühne: constato il fatto però, che quando il cilindro dell'asse in queste preparazioni scappa fuori dalla guaina di Schwann, questo non offre un contorno liscio e regolare, ma presenta bensì tante di queste sottili laminette cornee, ciò che militerebbe più per un attacco diritto e solido del reticolo corneo al cilindro dell'asse.

Questo reticolo che è formato da cheratina, come hanno provato le reazioni chimiche e le osservazioni istologiche, deve essere sufficientemente solido da servire come un sostegno o come una trama delicata che tiene in posto la mielina o parte liquida della guaina midollare. A questo solido appoggio si può senza tema d'errore attribuire questa importante funzione, e non ai fogli protoplasmatici che dal protoplasma che sta attorno al nucleo della fibra s'insinuerebbero nelle spezzature di Schmidt e Lantermann, come vorrebbe il Ranvier, e che per la loro natura protoplasmatica non avrebbero niente ad invidiare alla mollezza della

Digitized by Google

guaina midollare. Vedremo in seguito come si comporta questo reticolo corneo in rapporto alle alterazioni della guaina midollare.

Le degenerazioni che si trovano dopo la sezione di un nervo, intervengono tanto nel moncone centrale quanto nel moncone periferico, come osservarono anche Eichhorst ed Engelmann, e come oggi negherebbe il Ranvier, e solo sono diverse nei due monconi per intensità e per estensione: nel moncone centrale la degenerazione va poco al disopra del punto reciso, mentre nel moncone periferico va fino alle ultime diramazioni muscolari — Queste degenerazioni riguardano la guaina midollare e il cilindro dell'asse, riguardano cioè i prodotti di formazione secondaria della fibra nervosa che sono destinati a scomparire come i prodotti secondarii di altri tessuti in processi analoghi. S'intende poi, come avendo noi osservati costantemente questi fenomeni degenerativi nei due monconi, e come avendo notato sempre un allontanamento di questi per un centimetro circa subito dopo la sezione, qualunque fosse la delicatezza e la precisione della manualità operatoria, noi dobbiamo negare assolutamente la riunione per prima intenzione ammessa da Bruch, Schiff ed Hertz, come del resto negarono la maggior parte dei recenti osservatori.

Le alterazioni della guaina midollare si possono comprendere in due periodi che si osservano distintamente sulle preparazioni con acido osmico. Nel primo periodo si ha l'unione dei singoli pezzi di Schmidt e di Lantermann che vengono a formare tante grosse goccie allungate e bastantemente regolari, ciascuna delle quali corrisponde ad un segmento della guaina midollare: questo periodo ha sempre principio dagli strozzamenti od anelli di Ranvier; ha principio cioè,

Digitized by Google

come la maggior parte delle degenerazioni, dalla periferia di quel segmento che oggi si considera come il rappresentante o la trasformazione di una cellula.

Fra la prima goccia che si forma e l'anello di Ranvier, ed in seguito fra le singole goccie della porzione interanulare, rimane un certo spazio chiaro, nel quale con la colorazione con acido osmico si distingue solo la guaina di Schwann. Il secondo periodo della degenerazione è caratterizzato dallo spezzettamento o suddivisione di ciascun pezzo di Lantermann in piccole goccie di mielina, le quali in uno stadio più avanzato si radunano in alcune varicosità o dilatazioni ad ampolla della guaina di Schwann, mentre al disopra e al disotto di queste dilatazioni la fibra ritorna su sè stessa e diviene più piccola. Questo secondo periodo è della massima importanza per la maniera colla quale si distrugge definitivamente la guaina midollare. Infatti, là dove si hanno le dilatazioni ad ampolla, là dove la mielina comparisce suddivisa in piccole goccie, si possono osservare sempre delle cellule semoventi, constatabili nella loro interezza con le preparazioni nelle quali la mielina venne chimicamente disciolta. Le cellule semoventi cariche di goccie di grasso e di mielina si trovano non solamente dentro le fibre nervose, ma anche al difuori di quelle, cioè nel connettivo che le circonda e negli spazii linfatici endonervosi e perinervosi, solo che senza speciali metodi di preparazione sfuggono facilmente alla osservazione nascoste dalla mielina che contengono. Queste cellule si possono constatare ovunque avviene la scomparsa della guaina midollare, e noi abbiamo potuto riscontrarle anche nelle sottili diramazioni nervose dei muscoli nel momento nel quale si liberavano di questa guaina. Nelle preparazioni, nelle quali la

Digitized by Google

mielina venne disciolta, queste cellule ora si osservano solo in numero di due o tre entro la fibra nervosa ubicate fra la guaina di Schwann e il cilindro dell'asse, nel quale hanno scavato una specie di nicchia; ora invece sono in numero molto considerevole e riempiono uniformemente o irregolarmente una fibra nervosa disposte in uno, due o tre ranghi, che hanno spostato, consumato o distrutto il cilindro dell'asse. Queste cellule, che hanno perduto quasi intieramente le sembianze caratteristiche delle cellule semoventi, hanno una forma rotonda, allungata od irregolare a seconda dello spazio che devono riempiere o delle pressioni che hanno subìte, hanno uno o due nuclei piccoli rispetto alla massa protoplasmatica che li circonda, e che sono situati nel mezzo della cellula, ovvero da un lato di quella. In queste preparazioni il protoplasma non comparisce più granuloso come quello delle comuni semoventi, ma trabecolare, formato cioè da un reticolo sottile prodotto dal protoplasma inspessito e ricacciato da un lato dalle goccie di mielina che occupano le maglie di questo reticolo. Nelle preparazioni doppie con acido osmico e carminio, queste cellule hanno un contorno indistinto, sono ripiene di goccie nere di mielina e nel centro o su di un lato della cellula spicca un punto rosso, rotondo, che rappresenta il nucleo. Questa migrazione di semoventi ha adunque nella patologia delle fibre nervose un'importanza massima, poichè provvede intieramente alla distruzione della guaina midollare; le cellule semoventi poco a poco si appropriano la guaina midollare suddivisa in piccole goccie, che mangiano, rattengono, assimilano, digeriscono nello stesso modo che si appropriano le materie granulari iniettate nel connettivo, i globuli rossi, i corpuscoli purulenti, come risulterebbe dagli

Digitized by Google

studi del Prof. Bizzozero. Compiuta questa loro funzione, molte delle cellule semoventi cariche della loro preda sortirebbero nuovamente dalla fibra nervosa e molte infatti se ne trovano nel connettivo interfascicolare e radunate in due o tre file attorno ai vasi specialmente, e solo alcune si trovarono persistere entro la guaina di Schwann, con contorno meno regolare, con minore massa di protoplasma attorno al nucleo, con caratteri meno distinti, da potersi supporre insomma che compiuta l'impresa di appropriarsi e di digerire la mielina, alcune di queste cellule muoiano entro la fibra nervosa stessa. Nei punti della fibra nervosa nei quali sono comparse le semoventi e nei quali la guaina midollare è suddivisa in piccole goccie, si osserva pure la completa scomparsa del reticolo corneo della guaina midollare, senza che niente si possa precisare sul modo della sua distruzione.

Questa migrazione di semoventi venne solamente accennata dal Ranvier nel suo recentissimo lavoro sopra citato, e descritta solo per quel piccolo tratto del moncone centrale che va dalla linea di sezione al primo anello di Ranvier e che, secondo questo Autore, andrebbe quasi esclusivamente soggetto alla degenerazione della guaina midollare. Del resto il Ranvier non conobbe, e per difetto del metodo di preparazione non poteva conoscere, questo fatto nella sua interezza, nè potè osservarlo con quella estensione e con quella costanza con cui noi l'abbiamo osservato, ed assegnarle quindi quell'ufficio così costante e generale che noi gli abbiamo assegnato. Ed infatti per spiegare la divisione in piccole goccie e lo assorbimento della guaina midollare, ricorse il Ranvier alla pressione che esercita su di quella il protoplasma della fibra nervosa aumentato in quantità, ed ammise una specie di dige-

Digitized by Google

stione della mielina entro questo protoplasma, per la quale quella potesse venire facilmente dializzata dalla guaina di Schwann ed essere assorbita dalle cellule connettive ed endoteliali che circondano la fibra nervosa stessa. Io ho pure notato l'aumento e la presenza di gocciolette di grasso e di mielina nel protoplasma dei varii segmenti della fibra nervosa, ma questo fatto è ben piccolo di fronte alla scomparsa di una parte così rilevante come quella della guaina midollare e destinato certamente a fenomeni molto più attivi o più produttivi almeno, mentre dei sopradetti fenomeni destruttivi ci rende ragione a sufficienza la esistenza della migrazione di cellule semoventi da me descritta.

Non tutte le fibre nervose però contemporaneamente nè con la stessa intensità vengono prese da questa invasione di semoventi: nel moncone centrale specialmente è più accentuato questo fatto, e molte volte accanto ad una fibra più o meno degenerata e riempita di un certo numero di cellule semoventi, si può trovare una fibra nervosa quasi normale e nella quale appena appena si osserva l'unione a goccie dei singoli segmenti di Lantermann.

La presenza delle cellule semoventi entro le fibre nervose midollari non solo l'ho riscontrata nelle sezioni dei nervi, ma ancora nelle legature e nelle iniezioni parenchimatose di liquidi irritanti o caustici: e nel caso della legatura, è nel tratto nervoso che sta al disotto del laccio, che questa penetrazione di cellule si può più chiaramente riscontrare. Questo fatto ha per me una grande importanza, poichè nelle legature specialmente, nelle quali il laccio non venne stretto di soverchio, si poteva ovunque dimostrare ad evidenza la continuità della guaina di Schwann. Sembra

Digitized by Google

adunque che oltre la penetrazione diretta delle cellule semoventi per gli estremi recisi dei nervi, debba ammettersi anche una penetrazione per diapedesi di questi elementi; sembra adunque che la guaina di Schwann non sia effettivamente un tubo chiuso e continuo, come di solito si descrive, ma che presenti in qualche parte delle aperture naturali che spieghino il passaggio entro la fibra nervosa di questi elementi, i quali quando sono carichi di mielina, hanno un diametro molto grosso e devono presentare molto diminuito il loro potere contrattile.

Noi non abbiamo potuto precisare i punti di penetrazione di queste cellule semoventi, nè abbiamo potuto osservare direttamente le naturali aperture della guaina di Schwann; abbiamo solo potuto raccogliere dei fatti che uniti ad altri potranno servire un giorno alla soluzione del problema. Questi fatti sono i seguenti:

1° Nel caso della legatura di un nervo la penetrazione delle cellule semoventi entro la fibra nervosa comincia sempre un poco al disotto della praticata legatura, ciò che non dovrebbe aver luogo se questa penetrazione di elementi si effettuasse per aperture artificiali della guaina di Schwann create dal laccio;

2° Con le iniezioni di nitrato d'argento fra le fibre del nervo si ottengono a determinati intervalli delle dilatazioni ad ampolla che contengono cellule semoventi ripiene di mielina, separate da tratti di guaina midollare ancora normale; ciò che sta in favore per una penetrazione degli elementi da molteplici parti distanti le une dalle altre, e non da una penetrazione, da una apertura unica creata artificialmente dalla punta della siringa di Pravaz;

Digitized by Google

3° Nel moncone periferico di un nervo sezionato solo da pochi giorni, oltre la penetrazione delle cellule semoventi per il punto di sezione, si osservano nelle porzioni più periferiche del nervo altre penetrazioni separate fra loro da guaina midollare normale o che presenta appena l'unione a grosse goccie dei singoli segmenti di Lantermann;

4° Finalmente, che, fino dai primi giorni, si osserva il vuotamento della mielina in alcune sottili fibre nervose molto periferiche, mentre i tronchi nervosi sovrastanti contengono ancora goccie di mielina e cellule semoventi.

Riguardo alle alterazioni del cilindro dell'asse in seguito alle sezioni o alle altre irritazioni dei nervi midollari, trovammo che quelle cominciano sempre molto presto, contrariamente all'opinione di molti osservatori che avrebbero trovato queste alterazioni solo ne' periodi molto avanzati del processo, o che avrebbero trovato inalterato il cilindro dell'asse durante tutto il periodo di distruzione e di rigenerazione della fibra nervosa.

Le alterazioni del cilindro dell'asse poi, si trovano tanto nel moncone periferico, quanto nel moncone centrale, e sì nell'uno che nell'altro sono perfettamente identiche, solo che, come nelle degenerazioni della guaina midollare, sono più estese e più pronte nel moncone periferico che nel moncone centrale. Anzi lo studio di queste alterazioni si può eseguire meglio nel moncone centrale, dove per la lentezza maggiore del processo, ne possono essere più facilmente seguite tutte le fasi. Anche la degenerazione del cilindro dell'asse, come quella della guaina midollare, non interessa con la stessa intensità e nella stessa estensione tutte le fibre di un medesimo tronco, ner-

Digitized by Google

voso. Riguardo all'alterazione dei cilindri dell'asse del moncone centrale, che ritrovammo simile a quella del moncone periferico, noi confermammo le osservazioni di Eichhorst e di Engelmann contraddette di recente dalle osservazioni di Ranvier, che ammetterebbe nel moncone centrale un'ipertrofia anzi che una degenerazione dei cilindri dell'asse. Io pure ho osservato questo ingrossamento del cilindro dell'asse del moncone centrale poco dopo praticata la sezione del nervo, il quale più che una vera ipertrofia mi sembra un ingrossamento per imbibizione dei succhi stravasati, ma ho altresì osservato che questa falsa ipertrofia non è durevole e che dopo poco tempo anche la porzione ingrossata come la rimanente, degenera e scomparisce. La degenerazione e scomparsa del cilindro dell'asse avviene:

1° Per vacuoli o spazii pieni di liquidi albuminosi trasparenti simili a quelli descritti nelle fibre pallide e che si osservano specialmente in vicinanza alla linea di sezione dove il processo degenerativo è più acuto;

2° Per una degenerazione granulare simile pure a quella delle fibre pallide e che si osserva di preferenza in vicinanza di una legatura del nervo.

3° Per spezzettamento e per la successiva scomparsa graduale dei singoli pezzetti del cilindro dell'asse.

Quest'ultima alterazione, che è la più frequente ad osservarsi, procede sempre con certe regole: come la degenerazione della guaina midollare e come tutte le degenerazioni delle sostanze di formazione secondaria, procede sempre dai punti più lontani dal nucleo o zona periferica della cellula, cioè degli anelli di Ranvier. Anche questo sarebbe in contraddizione con le osservazioni ultime dello stesso Ranvier, il quale con

Digitized by Google

metodi poco adequati allo scopo, come ad esempio con le sezioni trasverse di nervi indurati in a. cromico, avrebbe stabilito che la prima sezione del cilindro dell'asse ha sempre luogo nel punto il più vicino al nucleo, e che le altre sezioni avvengono sempre in corrispondenza delle spezzature di Schmidt e di Lantermann; asserzione che sembra creata più che altro per comprovare il principio fondamentale, che il protoplasma della fibra nervosa e i fogli protoplasmatici, che s'intermettono secondo il citato autore nella guaina midollare, sono con il loro ingrossamento e con la pressione che esercitano, la causa essenziale di queste sezioni del *cilinder axis*.

Ecco come avviene la prima divisione del cilindro dell'asse: in corrispondenza di un anello di Ranvier il cilindro dell' asse si assottiglia progressivamente fino a che un sottile cordoncino viene in ultimo a legare in questo punto i due estremi che si dovranno separare e che compariscono ordinariamente un poco rigonfiati. Nel punto assottigliato il cilindro dell'asse finisce infine per rompersi e restano allora allontanati un poco dallo anello di Ranvier i due estremi divisi, i quali ora terminano con un rigonfiamento irregolare o claviforme, ora con una spirale che è il punto di partenza di un andamento a spirale che va ad acquistare tutta la porzione interanulare del cilindro dell'asse.

Le successive divisioni, che avvengono nel tratto interanulare del cilindro dell' asse, hanno luogo egualmente prima per parziali assottigliamenti, onde il cilindro acquista nell'insieme l'aspetto di un nastro o di un tubo elastico pizzicottato in vari punti, e quindi per separazione di questi piccoli pezzetti in corrispondenza del punto assottigliato, senza che vi sia

Digitized by Google

nessun rapporto fra queste divisioni e le spezzature di Schmidt e di Lantermann della guaina midollare. Così in ultimo si trova il cilindro dell'asse costituito da piccoli pezzettini lontani gli uni dagli altri, che si circondano spesso di mielina quando non fu ancora completamente distrutta, e che per la loro successiva divisione e per il loro graduale impicciolimento finiscono per scomparire o per essere presi pure dalle cellule semoventi e distrutti ed eliminati per mezzo di queste. Molte volte accade pertanto di vedere in un periodo molto avanzato di questa degenerazione, come dal 20° al 35° giorno, persistere nel moncone periferico alcuni resti del cilindro dell'asse, senza che di ciò si possa trovare una spiegazione plausibile.

Anche nelle legature e nelle iniezioni di liquidi irritanti o caustici, si può vedere egualmente lo spezzettamento del cilindro dell'asse con le regole sopra esposte.

Compiuto il periodo di degenerazione, la fibra nervosa comparisce più sottile, con striature longitudinali dovute ad una ipertrofia dell'endonevrio che si addossa con i suoi fasci longitudinali di connettivo alla guaina di Schwann, e nel suo interno non contiene più che molti nuclei allungati circondati da abbondante massa di protoplasma. Questi nuclei finalmente poco a poco si allontanano fra loro e si dispongono in serie, delle quali due o tre se ne possono vedere qualche volta entro una stessa guaina di Schwann.

Quanto alla proliferazione dei nuclei della fibra nervosa e all'aumento del protoplasma che le sta attorno, io ho potuto confermare pienamente le osservazioni di Ranvier, e in tutti gli esperimenti da me eseguiti

Digitized by Google

ho potuto constatare una proliferazione attivissima di questi nuclei, ora nella forma ordinaria, ora come spezzettamento del nucleo in 2, 3, 4 parti per linee trasverse di divisione.

c) Reazione dei centri nervosi in seguito ad irritazioni artificiali. — Nelle lesioni del cervello praticate nei modi sopradetti, poche furono le alterazioni che si poterono riscontrare nelle cellule nervose. Come Popoff e il principe Carlo di Baviera, osservai frequentemente un aumento dei globuli bianchi nello spazio pericellulare di Obersteiner e osservai pure come queste cellule semoventi penetrassero poco a poco entro il protoplasma della cellula nervosa, onde questa in ultimo ne presentava dentro di sè 3, 5, 8, senza che il nucleo si mostrasse menomamente alterato, come vorrebbe il Popoff, che avrebbe veduto la divisione del nucleo e del protoplasma della cellula accompagnare e succedere spesso a questa migrazione. Oltre che nel corpo della cellula, mi accadde alcune volte di vedere la penetrazione delle cellule semoventi ancora entro il prolungamento *cilinder axis*. Potemmo facilmente evitare gli errori e la confusione che molte volte deve essere stata commessa fra migrazione e proliferazione per rapporto alle cellule nervose, colorando i preparati con ematosillina, per la quale i nuclei delle cellule semoventi rotondi e più piccoli di quelli delle cellule nervose, si coloravano più intensamente degli altri e spiccavano benissimo sui secondi, onde a prima vista si potevano facilmente distinguere. Alcune volte, quando per la forza dello stimolo si ebbe una suppurazione cerebrale, oltre i fatti sopradetti si notò una degenerazione grassa delle cellule nervose e di quelle della nevroglia.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 1ª **PIANTA GENERALE DELL' OSPEDALE**

Scala di $\frac{1}{1000}$

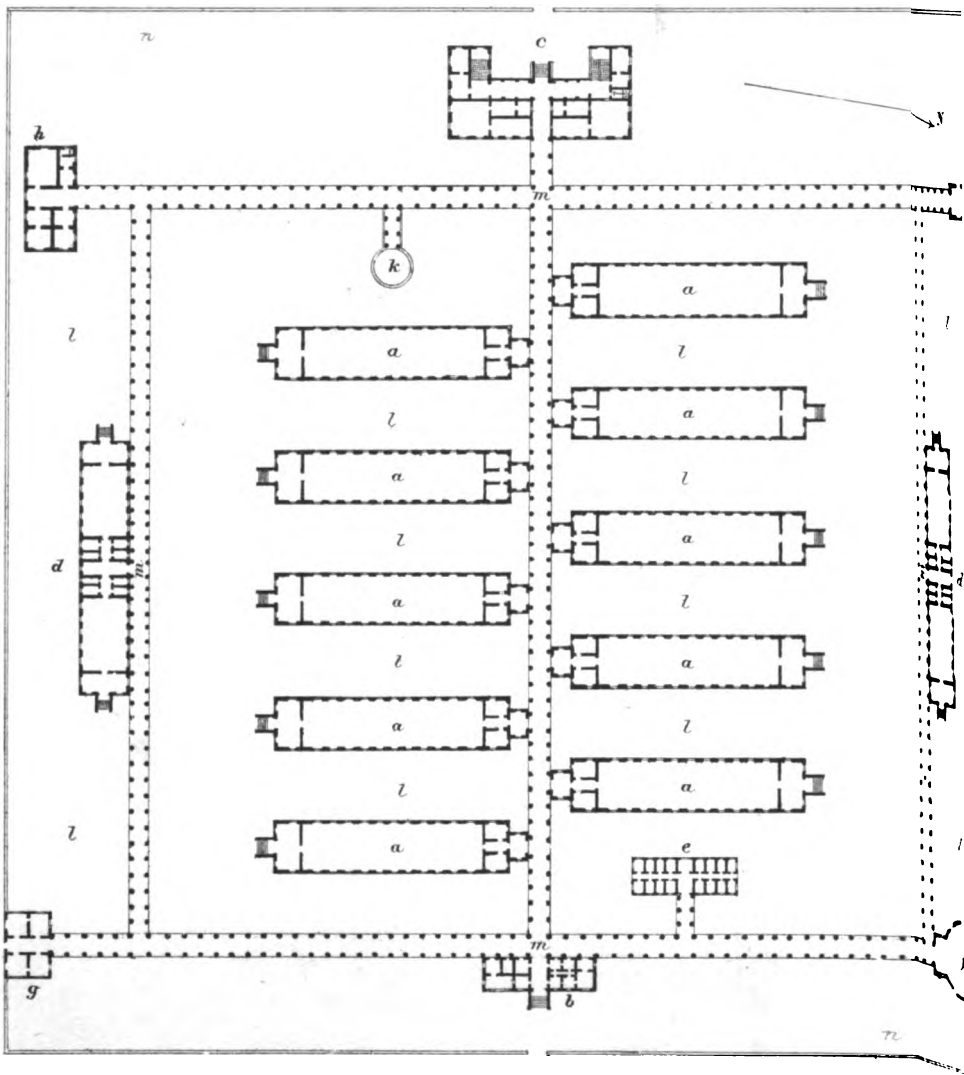
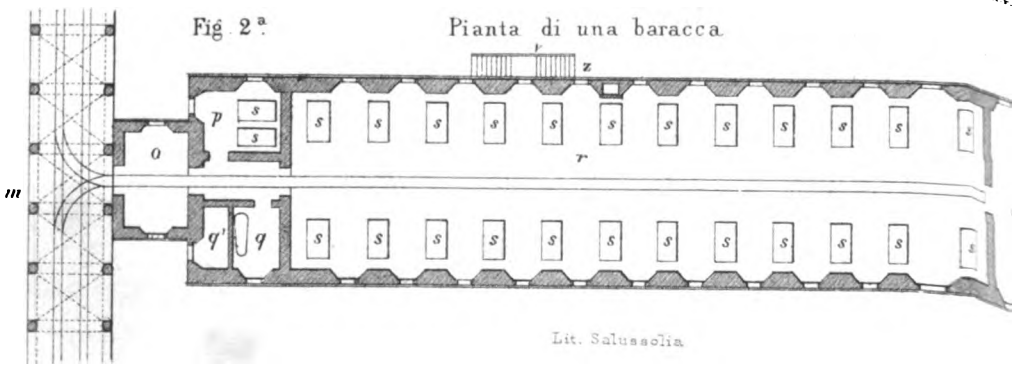


Fig. 2ª Pianta di una baracca



Lit. Salussolia

Digitized by Google

Fig. 1ª PIANTA GENERALE DELL' OSPEDALE

Scala di $\frac{66}{100000}$

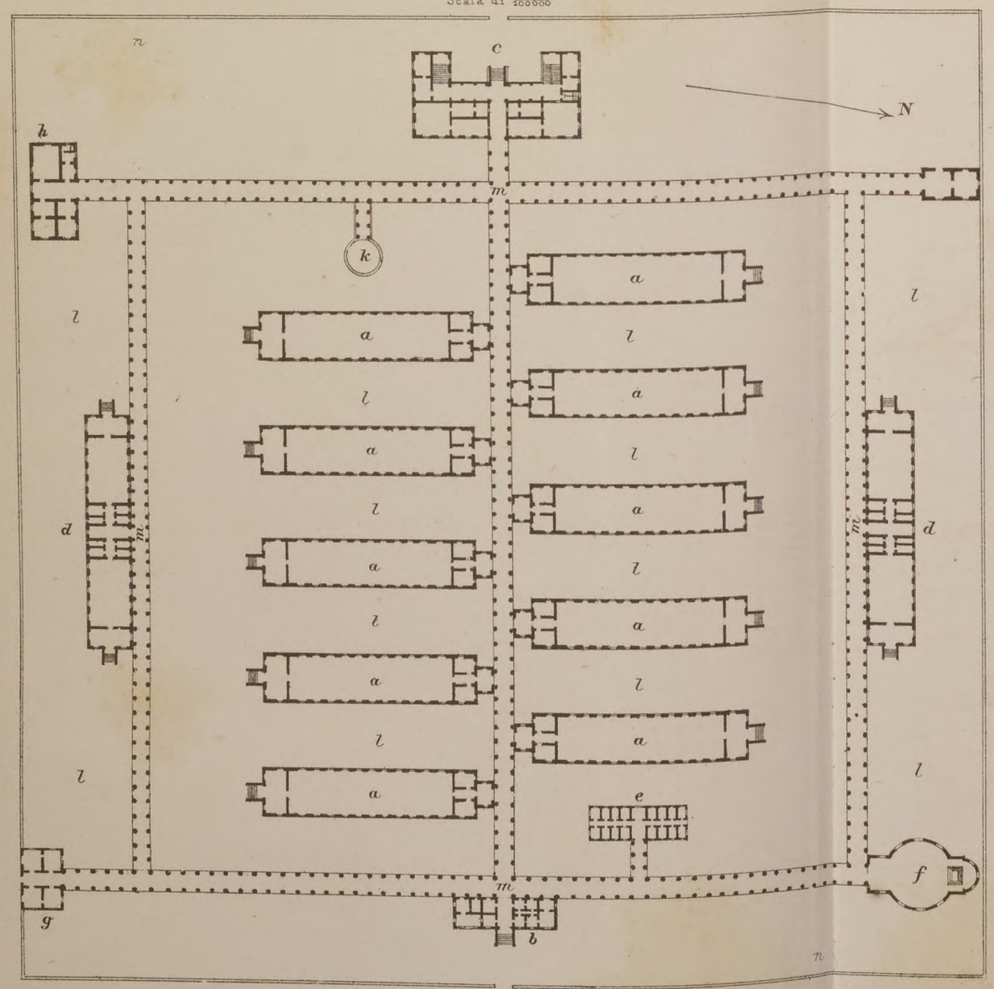
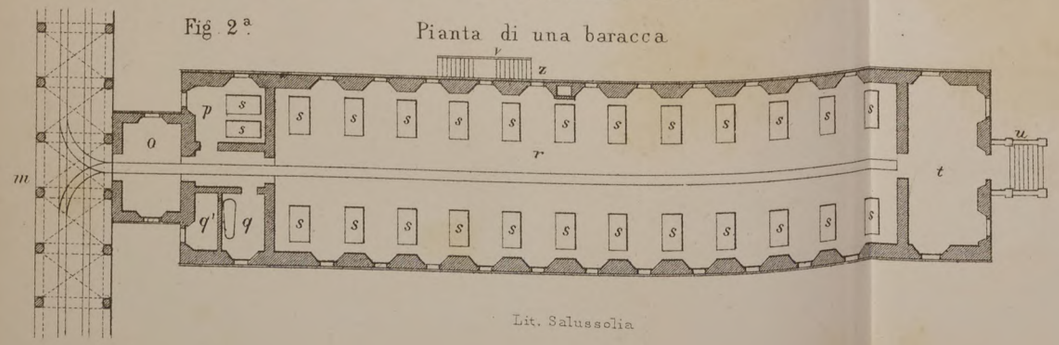


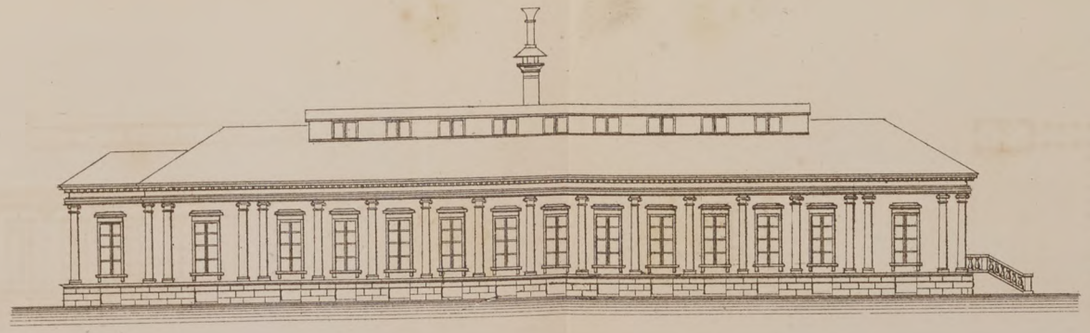
Fig. 2ª Pianta di una baracca



Lit. Salussolia

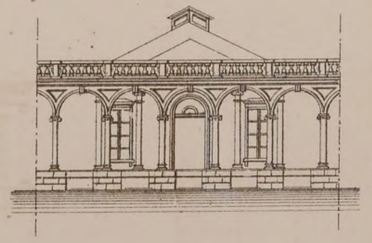
Elevazione di una baracca

Fig. 3ª



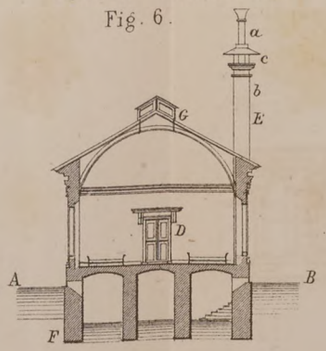
Prospetto dal Portico

Fig. 4



Sezione Trasversale

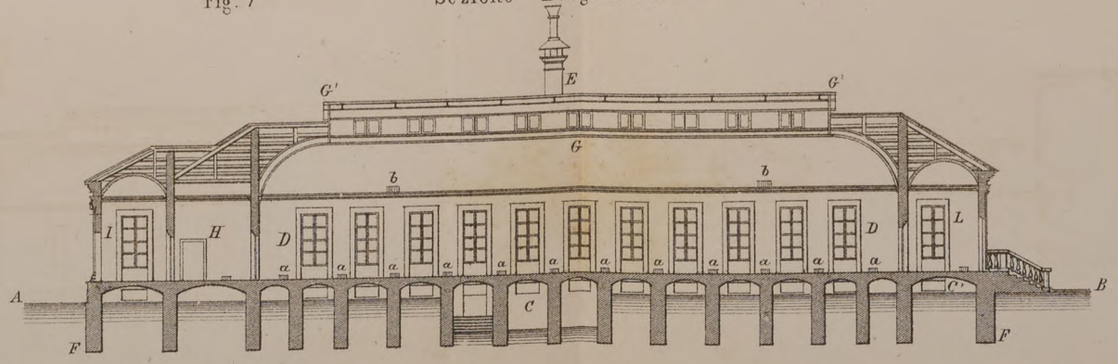
Fig. 6.



Prospetto dal Giardino

Fig. 5

Fig. 7ª Sezione Longitudinale



Digitized by Google

Digitized by Google

Concludiamo quindi, che per i fatti *osservati fino ad ora*, e fino a dimostrazione in contrario, nelle cellule nervose cerebrali dietro stimoli artificiali si produce una migrazione e una penetrazione delle cellule semoventi entro le cellule nervose e non si riesce a dimostrare una vera proliferazione.

Torino, 8 febbraio 1878.

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

UN PROGETTO DI OSPEDALE PER LE MALATTIE CONTAGIOSE

Prelezione al Corso d'Igiene per l'anno 1877-78 del Dottore LUIGI PAGLIANI, incaricato dell'insegnamento dell'Igiene nella R. Università di Torino.

(*Continuazione alla pag.* 118).

5°

Descrizione di una Baracca e sue dipendenze.

(Tav. 2ª e 3ª).

Descrizione generale. — La baracca è costituita da un fabbricato a base rettangolare con avancorpo: la sua lunghezza totale è di m. 51,00; la sua larghezza di m. 10,60, e la sua altezza dal cornicione di m. 6,00.

L'avancorpo serve a mettere in comunicazione la baracca col porticato di servizio, e nello stesso tempo

Digitized by Google

vale come anticamera per disimpegno dei bisogni più urgenti degli ammalati: è largo m. 6,00 e sporge di m. 3,50 dalla baracca.

Venne provveduto alla sobrietà richiesta dal fabbricato negli ornamenti architettonici, adottando un bugnato di pietre da taglio nel suo basamento alto 1 m. dal suolo, e compiendo l'elevazione con paraste e cornicione dell'ordine ionico egualmente disposte su tutte le faccie.

L'interasse delle paraste è di m. 3,00, la loro altezza di m. 4,50 e l'altezza totale dell'ordine di m. 5,60.

Fra due paraste successive è praticata una finestra di apertura rettangolare con fascia e frontone alta m. 2,50 e larga m. 1,20.

La baracca comprende nel suo interno una gran sala per infermeria, una minore pei convalescenti, camera per infermieri, stanza per bagno e latrina.

Descrizione particolareggiata della Baracca.

Fondamenta. — Affine di attivare un'abbondante ventilazione attorno e sotto la baracca, e di preservarla anzitutto dall' umidità del suolo circostante, venne sollevato il pavimento all'altezza di 1 m. dal terreno e lasciata per tutta l'area sgombra sottoposta una galleria aperta in tutti i lati.

Nella considerazione che le fondazioni in laterizii non sarebbero le migliori da adattarsi in un suolo così facilmente umido, dove presto si renderebbero i mattoni saturi di umidità, la quale eleverebbero per azione capillare nel pavimento e lungo i muri della baracca, con danno irreparabile in tutta l'opera; si adattarono le fondazioni in pietrame grossamente lavorato; e si formò il basamento esterno mediante conci di pietra da taglio.

Digitized by Google

La fondazione, che non richiederà forse lavori preparatorii al di là dello scavo profondo m. 3,04 al più, verrà fatta pei pilastri di gneiss o di granito, distanti fra loro di m. 3,00, delle dimensioni di m. 0,80 per 1,50 nei perimetrali, e di 0,60 di lato per i pilastri delle due file intermedie. I pilastri saranno collegati fra loro da robusti archi in laterizi, a monta assai depressa, e gli spazi quadrati interposti ricoperti da una sottile volta a vela.

Il riempimento fino al piano orizzontale di posa del pavimento, sarà fatto di calcinacci misti a residui e detriti di carbone, affine di diminuire il raffreddamento del suolo della baracca.

Nella stagione invernale verranno chiuse con semplici imposte le finestre della galleria al livello del suolo, impedendo così il dannoso raffreddamento del pavimento, mentre saranno aperte in tutte le altre stagioni.

Per eccesso di precauzione si potrà praticare attorno ogni baracca un fosso perimetrale assorbente, per impedire la filtrazione nel suolo sottoposto delle acque di pioggia.

Tetto. — Il tetto della baracca è a quattro falde, e sopporta verso il vertice una lanterna con piccole finestre laterali in corrispondenza della gran sala.

Queste piccole finestre a vetri che si aprono orizzontalmente attorno lo stipite inferiore, s'introdussero nello scopo di poter fruire di una copiosa ventilazione naturale nella baracca per ben tre stagioni dell'anno; la quale si farà dalle finestre dei muri alla sommità del tetto, e renderà salubre e fresco l'ambiente, in ispecie nella state.

Non si credette opportuno di adottare una copertura metallica nelle falde del tetto, che sebbene si racco-

Digitized by Google

mandi sotto il rispetto economico dell'impianto, porta il duplice svantaggio dell' eccessivo riscaldamento sotto il sole e del rapido raffreddamento nell'inverno; inconveniente assai da temersi in un ospedale nelle condizioni di clima qual possiede Milano.

Non parendo nè utile, nè economico l'impiego delle lastre di Barge, e scartando le tegole curve siccome troppo pesanti per siffatta costruzione, si adotteranno le tegole piene a doppio dente che vanno oggidì acquistando un generale favore per la convenienza dovuta alla loro leggerezza ed al quasi nessun bisogno di riparazione.

L'incavallatura è a centina in ferro per la volta dell'infermeria, e senza catena, la sua portata è di metri 9,60, la sua altezza di m. 3,00.

Volta interna e lanterna. — Un semplice *plafond* simulante una volta a botte con teste di padiglione, si eleva sino alla lanterna, e mentre serve di abbellimento alla gran sala, mira a renderla meno soggetta all'influenza della temperatura esterna, massime del sole in estate, lasciando fra tetto e volta un sufficiente strato di aria, cattivo conduttore del calore.

La lanterna, che è pure ricoperta di tegole piane, ha la semplice armatura metallica, mentre i correnti ed i telai delle piccole finestre sono tutti in legno.

La lanterna è lunga m. 28, larga m. 2,00 ed alta m. 1,00: contiene 20 finestre a doppio battente di m. 1,30 per 0,60 di altezza.

Pareti interne. — I muri saranno rivestiti nelle pareti interne di uno strato di stucco lucido.

L'importanza di questo rivestimento di stucco fu dimostrata molto grande in questi ultimi tempi dalle esperienze del Pettenkofer, le quali fecero vedere che attraverso alle pareti di muratura ordinaria si fa uno

Digitized by Google

scambio di aria fra l'interno e l'esterno delle abitazioni, e che quindi è facile l'infiltrazione e l'accumulo in esse di materiali organici produttori di germi morbosi, il che non deve più accadere se coperti di stucco la cui porosità è minima. Oltre a ciò, l'utilità di tale rivestimento è pur grande, dacchè permette ripetute lavature delle pareti, senza che rimanga per questo umidità, ed evita il bisogno di ripetute imbiancature, le quali spesso non fanno che ricoprire incompletamente le sostanze nocive depositate sui muri.

Pavimento. — Il pavimento sarà di legno di noce o di quercia disposto a spina e praticato, come usasi, su di un tavolato comune, inchiodato ai piccoli travicelli che posano sul piano orizzontale del riempimento dei volti.

Scopo di questo genere di pavimento si è di evitare un troppo facile raffreddamento della sala per conducimento verso il basso e di avere la possibilità di facilmente lavarlo e di tenerlo molto terso.

Finestre. — È specialmente per affetti da malattie contagiose che si ritiene necessario di togliere alle infermerie tutto che lasci loro l'aspetto di tristezza: a ciò si risponde meglio che in qualunque altro modo col far sì che gli ammalati abbiano grande abbondanza di luce e sia loro permesso di vedere al di fuori: perciò le finestre sono in numero di 22 nella gran sala e partono dall'altezza di soli m. 0,60 dal pavimento.

Importa per la ventilazione naturale che qui si vorrebbe mettere in prima linea per le stagioni in cui è più facile ad aversi senza inconvenienti, che essa si possa stabilire attiva anche nelle parti inferiori della sala dove specialmente si producono i materiali morbiferi; e per questo scopo è pur utile il far partire dal basso le aperture che la debbono promuovere.

Digitized by Google

Aprire però finestre nel modo ordinario a tale altezza potrebbe per altra parte, per lo stabilirsi di correnti fisse sui malati, essere dannoso. Ad evitare quest'inconveniente si propone di dividere le finestre, le quali debbono essere alte m. 2,50 e larghe 1,20, in tre parti orizzontali, chiuse con telai riversantisi verso il basso e l'indentro conformemente al disegno delle valvole di Sheringham (comunemente dette a Wasistas). Questi telai dovrebbero potersi aprire più o meno, a volontà, fino ad un angolo di 45°. Con questo metodo generalmente in uso in tutti i Lazzaretti inglesi, si obbliga l'aria esterna a dirigersi verso l'alto e riversarsi per proprio peso più lentamente verso il basso della sala.

Ogni ammalato ha mq. 2,75 di finestra laterale, e 0,60 in alto nella lanterna; in totale mq. 3,35 di apertura per luce ed aria; superiore quindi ai migliori ospedali di questo genere per malattie ordinarie (l'ospedale a baracche di Lipsia ne concede mq. 2,5).

Le dimensioni interne della infermeria sono di m. 36 per lunghezza, 9 di larghezza e 5 di altezza all'imposta. In essa possono essere contenuti 24 letti.

Superficie e cubatura dell'infermeria. — Con queste dimensioni della sala, e con tal numero di letti si ha: una superficie di mq. 324 ed una cubatura totale di mc. 2495,7: per ogni letto 13,5 mq. di superficie e 104 mc. di aria.

Se stiamo alle conclusioni della Commissione inglese pei Lazzaretti, secondo le quali si rinnoverebbe in una camera con *ventilazione naturale* almeno tre volte l'aria in un'ora, si avrebbe assicurati mc. 312 circa di aria per ora nelle condizioni meno favorevoli.

Supposto un leggerissimo movimento di aria, ad es. di 6 m. per 1', colle finestre completamente aperte,

Digitized by Google

ne entrerebbe, per metà di esse soltanto, 600 mc. per ammalato ogni ora.

Letti. — I letti distano dal muro di m. 0,50, sono lunghi m. 2, larghi m. 1 ed alti m. 0,60: sono collocati fra due finestre successive e spaziati di m. 2,00 per parte.

Lo scostare i letti dalle pareti laterali, oltre il rendere più facile la pulizia degli uni e delle altre e del pavimento pure, rende anche più facili tutte le manovre che sono da farsi attorno agli infermi. Le dimensioni dei letti sono quali oggidì si riconobbero più acconcie.

La distanza fra di loro è quale si conviene per una sala di malattie contagiose. Un po' di lusso in ampiezza in queste distanze si deve ritenere come molto più vantaggioso che un lusso in altezza della sala; verrà inoltre utilmente usufruito in casi di estrema necessità.

I particolari della formazione del letto si tralasciano qui per ragione di brevità, per quanto si riconosca meritino tutta l'attenzione dell'igienista, e si trovino in pronto per il caso fossero desiderati.

Rotaie. — Lungo tutto l'asse della baracca corrono due *rotaie* in ferro distanti m. 0,50 pel facile e rapido servizio dei malati e pel trasporto dei morti coi loro letti fuori della baracca.

Questo servizio si farà per mezzo di carretti appositi mossi da un uomo. Si ritiene necessario si faccia l'esportazione per intiero dei letti col cadavere; sia perchè così si potrà farne la pulizia e la disinfezione nella camera apposita, annessa alla sala mortuaria; sia perchè si ritiene, di qualunque altro modo di esportazione in uso dei cadaveri, quello il meno impressionante l'animo dei ricoverati nella stessa sala e di

Digitized by Google

quegli altri che dovranno venire a prenderne il posto. Questa esportazione si dovrà fare, caricando i letti sui carretti mobili sulle rotaie, con quelle precauzioni e riguardi che meglio servono a dissimularlo.

Dipendenze della baracca.

Sala pei convalescenti. — La sala di passeggio pei convalescenti, che fa seguito ad un estremo di infermeria, misura m. 9 per 4, per 5,50; ha quattro finestre ed è ricoperta da una volta a botte con testa di padiglione: per essa si discende per mezzo di comoda scalinata nei giardini sottostanti.

Questa sala si ritiene più che mai necessaria per un ospedale di questo genere, perchè mentre serve per distrarre dalla continua vista dell'altrui sofferenza i convalescenti, serve pure ad impedire il disturbo, troppo dannoso a chi è aggravato dal male, proveniente dal continuo va e vieni di chi sta per guarire.

All'altra estremità dell'infermeria, verso l'avancorpo, si mette in un corridoio largo m. 2,00 che disimpegna la camera degli infermieri da quella del bagno e dalla latrina.

Camera per infermieri. — La camera degli infermieri cuba m. 4 per 4, per 5,50, possiede due finestre e contiene 2 letti.

Stanza del bagno. — La stanza del bagno ha una finestra e misura m. 2,50, per 4, per 5,50.

Latrina. — La latrina disposta su di un angolo della baracca col servizio diretto di una finestra, contiene il serbatoio d'acqua per le abbondanti lavature richieste dal sistema Süvern. Il sistema di Süvern per le latrine, si ritiene il migliore da applicarsi ad un ospedale per malattie contagiose, per essere il meglio adatto ad impedire il più possibile qualunque

Digitized by Google

emanazione di principii morbosi nell'atmosfera, e qualunque disperdimento di materie morbifere nel suolo dell'ospedale. A quest'uopo da ogni baracca deve partire un tubo che mette nel padiglione appositamente eretto sopra uno degli angoli dell'ospedale.

Sala d'ingresso per servizio. — La sala d'entrata che occupa l'avancorpo della baracca misura m. 8,50 per 5,50 e 5. Essa è destinata al servizio speciale immediato dell'infermeria.

In essa si deve trovare una bocca d'acqua potabile, becchi a gas per riscaldamento, armadi per una piccola farmacia con i farmaci più frequentemente necessari ecc. ecc.

(*Continua*).

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Conseguenze dello spavento. — Il Dott. Reibel comunicò, sopra questo argomento, alla Società medica del Basso-Reno un interessantissimo articolo, citando casi avvenuti durante il bombardamento di Strasburgo nel 1870. Egli dice d'essere stato addetto ad una delle ambulanze ivi stabilite allora per i feriti, e che i casi descritti furono da lui stesso osservati. A suo dire lo esercizio della professione medica, in quel periodo, non era certamente un'occupazione invidiabile; perchè, oltre le medicazioni nelle ambulanze, i chirurghi dovevano visitare almeno una volta al giorno, sotto una pioggia di palle, quelli che erano feriti nelle loro case. Oltre i molti casi interessanti di traumatismi, osservò una serie di malattie interne cagionate indubbiamente, come in seguito ne ebbe le prove, dallo spavento prodotto in parte dal terribile rumore delle bombe, in parte dall'emozione per il pericolo incessante, in parte dalla continuazione del fuoco, e in parte dal perpetuo frastuono e dalla triste condizione dei feriti.

Digitized by Google

Il primo caso di cui parla è quello del dott. Teinturier, molto noto fra medici di Strasburgo, la cui casa fu incendiata da una bomba. Spaventato, egli corse in istrada, ove fu assalito immediatamente da una specie di delirio nervoso con allucinazioni; gli fu prodigata ogni cura possibile, ma all'agitazione ed all'insonnia succedettero coma e paralisi, che furono seguite da collasso e quindi da morte dopo 5 giorni dalla scossa tremenda. Un altro caso notevole che rammenta *le contusioni per colpo d'aria* degli antichi scrittori, avvenne in un fanciullo di 10 anni che, attraversando la piazza d'Austerlitz, fu colpito dal fischio d'una palla che gli rasentò la testa. Molto allarmato corse a casa, dove raccontò d'avere avuto un grande spavento. Mostrò desiderio di coricarsi, perchè aveva un forte tremito alle gambe. Lo si pose a letto: ebbe un brivido seguito da vomito e più tardi da delirio e convulsioni: la morte sopravvenne dopo 5 ore. In un terzo caso una paziente soggetta all'emicrania, epperciò di complessione probabilmente nervosa, sofferse frequenti mali di testa durante gli ultimi giorni dell'assedio. Un mese dopo gli assalti divennero intermittenti e cedevano al solfato di chinino. Nondimeno il suo appetito diminuiva; a poco a poco si fece più debole; ebbe sudori, eruzione di sudamina e altri sintomi simili a quelli di una febbre lenta. Nel corso di un altro mese sopravvennero insonnia, agitazione e delirio, seguito da coma: la morte ebbe luogo evidentemente dopo un assalto di meningite. Un caso simile accadde in una donna più vecchia che visse per sei settimane in continui triboli ed ansie e che fu tutto ad un tratto colpita da convulsioni epilettiche e da morte dopo poche ore. Un'altra donna trasportò il suo denaro nella cantina della propria casa che fu bombardata e messa a fuoco ed ella dovette fuggire per salvarsi. Fu colta poi da delirio, in cui l'idea predominante era di essere caduta in miseria, ciò che in realtà non era punto. Susseguì a tale stato un attacco apoplettico con emiplegia, cui tenne dietro un secondo ed un terzo; la morte la colpì quando era già caduta in uno stato di grande debolezza e di pazzia. L'autore parla di un gran numero di altri casi di affezioni nervose, in cui la malattia o la morte erano in modo diretto od indiretto dovute alla esplosione di bombe. Fra essi si notano: cinque casi di apoplessia cerebrale, sette di paralisi del midollo

Digitized by Google

spinale, quattro di convulsioni isteriche, due di gozzo esottalmico ed uno di forte nevralgia della mammella. Oltre tali affezioni del sistema nervoso, l'A. osservò un caso di pneumonia, uno di *angina pectoris*, uno di diabete, uno di porpora, molti casi di malattie del fegato e due di cancrena sviluppatasi con straordinaria rapidità, e tutti collegati più o meno al terrore ed all'agitazione provocati dall'assedio. Il caso di pneumonia accadde in una signora di 50 anni, convalescente della stessa malattia. La paziente straordinariamente spaventata sentì un' improvvisa oppressione al petto, la infiammazione polmonare ritornò con forte violenza ed ella morì in dieci ore. (*Giorn. di Med. Milit.*, dicembre 1877, e *Gazz. Med. Prov. Venete*).

L'organo della parola. — Lo scopo di questo scritto, che fa parte d'un'opera ragguardevole del Prof. Brunetti di Padova, è quello di presentare un fatto fisio-anatomo-patologico netto, onde provare che nel cervello dell'uomo vi ha una determinata parte molto circoscritta, al suo lato sinistro, la quale è indispensabile per la parola, poichè, ferita che sia, null'altro succede che l'afasia.

Qui l'anatomo-patologo è fuso col medico-legale, poichè l'Autore fu appunto chiamato come perito. È il caso d'un robusto uomo, d'anni 35, che in una zuffa riceve undici distinte ferite al capo. Dopo un mese la morte coglieva il paziente e le ricerche anatomo-patologiche facevano conchiudere all' Autore essere morto per encefalite suppurativa destata non dalla lesione del cervello, ma piuttosto dall'azione dei prodotti della carie necrotico-cancrenosa dell'osso avvenuta per la trombosi dell'arteria meningea media. Il ferito conservò sempre la lucidità di sua mente; un solo fatto fu veramente singolare, e tale fu la perdita della favella. Visitato ripetutamente dall'Autore mostrava affatto liberi e sciolti i movimenti delle labbra della lingua, v'era impossibilità nella pronuncia di qualsiasi parola e solo si poteva indovinare qualche vocale, massime l'*i*.e l'*o*.

L'osservazione e l'esperimento dimostrarono che la ferita ricevuta al parietale sinistro aveva interessato il cervello all'estremità inferiore della circonvoluzione che limita anteriormente la

Digitized by Google

scissura di Rolando, e qui il cervello era stato leso per un centimetro cubico.

Tralasciando altri minuti ragguagli indichiamo solo come l'A. risponda alla domanda: quale sia stata la vera ed unica causa della perdita della favella. Rivedendo tutte le cause l'onorevole Autore poteva escludere le lesioni degli organi della bocca che concorrono a formare la parola, la paralisi di questi organi per una lesione qualsiasi ai rispettivi nervi di moto, lo spavento, la commozione cerebrale, una compressione del cervello da depressione delle ossa del cranio franto, una compressione del cervello da un'emorragia cerebrale. Escluso tutto ciò, si doveva ammettere come causa dell'afasia la sola fra tutte le undici ferite, che interessò la sostanza cerebrale nella porzione inferiore della circonvoluzione posta all'avanti della scissura di Rolando.

L'Autore conclude augurando ai colleghi fisiologi che da questo fatto ne traggano il maggior profitto possibile nelle loro elucubrazioni sull'organo complesso cerebrale del linguaggio.

(*Gazz. med. ital., Lombardia* N. 6, 1878).

Ago da far calze di 9 centimetri dimorante nel collo e simulante una frattura della cartilagine tiroide: uscita spontanea dell'ago in seguito alla formazione d'un ascesso, *del Dott.* Mordillon, *di Bordeaux.* — Dopo esposti tutti i segni della frattura della laringe, il Dott. Mordillon dimostra con una curiosa osservazione che si possono trovar riuniti in un malato affetto di tutt'altra malattia. Una giovinetta si solazzava nella via, tenendo in mano una calza che tesseva, e armata degli aghi a ciò necessarii cadde. Nella caduta si ferisce al collo, e si vede che uno degli aghi era rotto, e che una delle sue metà era scomparsa. La giovanetta si lagnava d'un gran dolore al collo alla regione tiroidea, sulla quale

Digitized by Google

si scorgeva una piccola piaga contusa con lieve tumidezza nei dintorni. Il domani la ragazza è condotta all'Ospitale, e l'allievo interno propone l'estrazione dell'estremità dell'ago rotto: ma due altri pratici si oppongono all'operazione chirurgica. L'esame non dimostra la presenza del corpo straniero. Non si fa perciò operazione. Un mese dopo, il Dott. Mordillon, esaminando la malata, constata che la regione tiroidea presentava un aspetto particolare. Una linea in forma di canale parte dall'angolo superiore della cartilagine, e si dirige da alto in basso e da sinistra a destra verso l'articolazione della tiroide colla cartilagine cricoide. Questa depressione sembrava formata dalla sovrapposizione delle due parti laterali della cartilagine e dava al dito la sensazione che perceve quando tocca una sutura della testa d'un bambino inceppata nel distretto e che le ossa piatte e mobili del cranio si sono accavallate le une sulle altre. Di più si sentivano crepitii, e appoggiando sulla parte destra depressa si provocava dolore e soffocazione, mentre tali fenomeni non si osservavano dal lato opposto.

L'esame il più attento non potè fare riconoscere la presenza di un corpo straniero. La respirazione era normale, ma vi era una piccola alterazione del timbro della voce. I movimenti laterali della testa erano completi e non dolorosi. Non disfagia, la diagnosi fu di *frattura obbliqua della cartilagine tiroide per causa diretta, forse con la presenza di un ago da calze in quella regione.*

Venticinque giorni dopo, novello esame. Al di sopra dell'angolo superiore della cartilagine esisteva una tumefazione sferica grossa come una palla da giuoco, di colore violaceo e con lieve fluttuazione: questo ascesso aperto due giorni dopo diede uscita ad un ago da calze rugginoso e lungo 9 centimetri. I segni fisici d'una frattura della laringe erano scomparsi, come pure tutti i sintomi precedentemente accennati.

Digitized by Google

Il Dott. Mordillon fa notare che i tre segni principali e caratteristici delle fratture semplici della cartilagine tiroide, cioè la crepitazione, lo spostamento dei frammenti e l'alterato tono della voce, si riscontravano in questa malata. Egli insiste di più sulla presenza protratta d'un ago da calze di 9 centimetri di lunghezza in una regione così ricca di organi delicati, di vasi di nervi, senza che si sia manifestata un'alterazione funzionale dei nervi e dei vasi della regione stessa (*Bordeaux méd.*, 8 *janvier* 1878, *et Gaz. Hebd. de méd. et de chir.*).

NECROLOGIA

Ecco quanto dice l'*Union Médicale di Parigi* dei 12 febbraio 1878 sulla morte di **Claude Bernard** che addolorò testè la Francia e la scienza di tutte le nazioni.

« La Francia perdette uno dei suoi figli più illustri, la scienza è in lutto per uno dei suoi più celebri rappresentanti. A 63 anni appena Claudio Bernard soccombe ad una malattia insidiosa di cui non si è riconosciuta l'esistenza, e principalmente la gravità, che poco tempo prima della catastrofe.

« Claudio Bernard camminava incontestabilmente alla testa dei fisiologi di tutti i paesi. Le sue scoperte sulle funzioni del pancreate, sulle funzioni glucogeniche del fegato; le sue sperienze sulla produzione del diabete colla puntura del pavimento del terzo (?) ventricolo; le sue ricerche sui veleni, e specialmente sul curaro hanno immortalato il suo nome, che un numero infinito d'altri studi e pubblicazioni avrebbe bastato a render celebre.

Digitized by Google

« Fin dal tempo che era allievo interno, Claudio Bernard ebbe la fortuna di essere apprezzato e protetto da quegli che teneva allora lo scettro della fisiologia, da Magendie, che lo fece suo preparatore al Collegio di Francia. Un altro eminente maestro, Rayer, gli diede anche efficaci incoraggiamenti. Ricevuto Dottore in medicina, poi Dottore in scienze, Claudio Bernard si diede senza tregua alle sue ricerche favorite, e per tre volte ricevette dall'Accademia delle Scienze il gran premio di fisiologia. Alla morte di Roux fu nominato membro di quell'Accademia nella Sezione di medicina e chirurgia.

« Claudio Bernard apparteneva due volte all'Istituto per via dell'Accademia delle Scienze e dell'Accademia Francese, era Membro dell'Accademia di Medicina (Sezione d'anatomia e fisiologia), Presidente perpetuo della Società di biologia, e Membro di tutte le Società scientifiche importanti straniere che tenevano ad onore d'associarsi il nostro gran fisiologo.

« L'Impero aveva nominato Claudio Bernard Senatore e Commendatore della Legione d'onore. Egli occupava la cattedra di medicina sperimentale al Collegio di Francia, e la cattedra di fisiologia generale al Museo.

« Claudio Bernard pubblicò numerosi lavori di cui la più gran parte consiste nella riproduzione delle sue lezioni, riproduzioni preziose in cui si trova tutto il pensiero del maestro ».

E più lungi così prosegue l'*Union:*

« Claudio Bernard da vero scienziato seppe restare scienziato e tenersi lontano dalle agitazioni politiche. Semplice, modesto, premuroso per la gioventù, lascia una memoria non solo illustre, ma amata ed onorata. La sua morte è un lutto pubblico, universale ». A. L.

Speriamo che ne verrà fatta una più estesa biografia da un egregio Professore e Socio di nostra Accademia.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 5ª settimana dal 27 gennaio al 2 febbraio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	9	5	14	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	5	3	8
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	1	2	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	1	2	3	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	2	1	3	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	3	3	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	»	1	1
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	1	»	1
Scarlattina	1	»	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colèra	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	2	7	9	TOTALE	61	72	133
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	7	7	Non appartenenti alla popolazione di Torino	4	11	15
Malattie chirurgiche e traumatiche	4	1	5				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 5ª settim.na	65	83	148
Malattie dell'appar.o respiratorio	18	25	43	» nelle settim.e precedenti	295	339	634
» dell'apparato dell'alimentazione	8	5	13				
» dell'app.o cardio-vasale	3	5	8	TOTALE complessivo	360	422	782
» del sistema nervoso	4	6	10				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	1	»	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	326	364	690
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 5ª settimana	66	55	121	5	2	7
Nelle precedenti	274	263	537	32	20	52
TOTALE COMPLESSIVO	340	318	658	37	22	59

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Intorno al significato diagnostico del ritardo del polso della carotide sull'impulso del cuore. — Osservazioni di C. BOZZOLO e G. M. FIORI.

(Clinica propedeutica di Torino).

Il Dott. TRIPIER in un suo recente lavoro intitolato: *Del ritardo del polso della carotide sulla sistole cardiaca nell'insufficenza aortica* (1), richiama l'attenzione degli studiosi su un fenomeno, che HENDERSON aveva considerato come patognomonico della insufficenza delle valvole aortiche, e che consisterebbe nell'esistenza di un intervallo di tempo anormale fra la contrazione del cuore e il polso delle arterie periferiche. La maggior parte degli Autori, nota TRIPIER, hanno trascurato l'asserzione di HENDERSON, e ARAN, REQUIN, GRISOLLE, appoggiati alle proprie osservazioni, l'hanno negata; FRIEDREICH, continua egli, dice che gli è impossibile di dividere il modo di vedere di HENDERSON, *ma senza darne la ragione.* L'illustre Autore del trattato delle malattie di cuore non meri-

(1) *Revue mensuelle de Médecine et Chirurgie*, 1877, fasc. 1°.

Digitized by Google

tava, ci pare, una simile accusa di leggerezza, giacchè egli in quel suo trattato (1) appunto esplicitamente dichiara: *di non aver potuto constatare* il fenomeno che HENDERSON *ha creduto di osservare.* Checchè ne sia però, il Dott. TRIPIER sorpreso da un anormale ritardo che egli ebbe a riscontrare in un ammalato di *insufficenza aortica* fra il *polso della radiale e l'impulso cardiaco*, non solo, ma ancora *fra questo e il polso carotideo*, intraprese una serie di osservazioni, all'appoggio delle quali credette di poter concludere, che nella metà circa dei casi, nei quali gli ammalati presentano un rumore di soffio diastolico, o un doppio rumore di soffio alla base del cuore, esiste un ritardo del polso carotico in confronto della sistole cardiaca, mentre nell'altra metà dei casi l'impulso cardiaco e il polso carotideo appaiono sincroni, e che dal punto di vista diagnostico il ritardo del polso carotideo ha un grande valore quando esiste, giacchè esso non *s'incontra che nella insufficenza delle valvole aortiche.* Furono appunto queste conclusioni del sig. TRIPIER che ci indussero ad uno studio in argomento sugli ammalati che lo scarso materiale della Clinica medica di Torino, da uno di noi diretta, metteva a nostra disposizione.

Il metodo adoperato dal sig. TRIPIER e che egli ci apprende ne' suoi particolari, è troppo incerto, come quello che consiste semplicemente nella palpazione dell'impulso cardiaco colla destra mano applicata a piatto sulla regione del cuore, e su quella della diastole della carotide destra, percepita col pollice della mano sinistra. Soltanto una volta egli tenta un esperimento che dichiara egli stesso insufficiente. Noi cre-

(1) Krankheiten des Herzens — Erlangen, 1867, pag. 257.

Digitized by Google

demmo di poterci servire, nelle nostre prime osservazioni, di un apparecchio poco dissimile da quello, molto semplice, del quale uno di noi aveva usato un anno addietro, per constatare il sincronismo dell'impulso cardiaco e del polso della giugulare in un caso di *Polso bigemino alternante* da lui pubblicato (1), ed ivi da lui descritto. Ma i risultati ottenuti con questo metodo, siccome quelli ottenuti mercè l'ascoltazione e la contemporanea constatazione dell'elevarsi di una o di due colonne liquide in un tubo di vetro, o in due tubi avvicinati, sebbene siano forse sufficenti per dare allo sperimentatore un'idea approssimativa del fenomeno su cui si ricerca, non possono rendersi riconoscibili altrui, nè possono essere misurati, nè infine ponno sottrarsi alle influenze di apprezzamenti affatto personali o di un'idea preconcetta. Così appunto si capisce che possa e debba accadere quando si basi l'esperimento sulla grossolana valutazione dell'intervallo che separa due impulsi percepiti colla mano, come nelle osservazioni del Dott. Tripier, o fra la percezione del primo suono del cuore e il polso della carotide, o fra le oscillazioni di una o di due colonne liquide originate dall' impulso del cuore e dal polso carotideo, come in quelle nostre.

Perciò noi pensammo di valerci del metodo grafico, e a quest'uopo ci servimmo di due timpani di Buisson, applicati l'uno in corrispondenza del punto ove si percepisce l'urto dell'apice del cuore al torace, e l'altro sulla carotide, scriventi entrambi contemporaneamente su di un cilindro girante per mezzo di un movimento di orologeria col regolatore Foucault. L'ap-

(1) Bozzolo, *Doppio impulso cardiaco e doppio polso delle vene — Archivio per le scienze mediche.* Vol 1°, 1876.

Digitized by Google

parecchio che noi adoperammo, e che dal lato della precisione e quindi della uniformità del movimento lascia nulla a desiderare, venne posto a nostra disposizione dal nostro distinto Collega il Prof. Mosso, il quale gentilmente assistette ad alcuni di questi nostri esperimenti.

Con questo metodo, impartendo al cilindro una velocità piuttosto grande, ottenemmo dei tracciati (V Tavola), sui quali appare molto chiaro il più piccolo ritardo del polso arterioso sul cuore; misurando poi sulle curve stesse la distanza che intercede fra la elevazione corrispondente all' impulso del cuore e quella corrispondente al polso della carotide, e conoscendosi la velocità del cilindro e la sua circonferenza, riuscì agevole di calcolare, in frazioni di minuto secondo, il ritardo esistente fra l' impulso della punta del cuore al torace e la diastole della carotide.

Noi non pretendiamo certamente di avere così usato di un metodo scevro di difetti, ma senza dubbio esso è di gran lunga più attendibile di quello adoperato dal sig. TRIPIER, tanto più che noi abbiamo trascurato affatto tutte quelle curve alla cui composizione avessero per avventura potuto entrare elementi complessi e non bene valutabili; ed è perciò che quantunque le nostre esperienze siano state molto più numerose, noi non ne presentiamo che 15. Un grave scoglio della cardiografia, ottenuta con l'applicazione del cardiografo sulla parete del torace, è senza dubbio la difficoltà di potersi orientare talora in mezzo ai tracciati di un fenomeno così complesso, quale è quello dei movimenti di sollevamento e di abbassamento dei varii punti della parete toracica per effetto della sistole cardiaca. Ad evitarlo noi non abbiamo tenuto conto che delle curve più semplici ottenute in individui,

Digitized by Google

i quali offrissero bene distinto e possibilmente limitato, il cosidetto *urto della punta* in uno spazio intercostale, assicurandoci sempre che il bottone del timpano fosse bene applicato sul punto che si sollevava. Quale punto di partenza poi per le misure delle distanze sulle curve, noi abbiamo preso quello dove hanno principio le elevazioni, e ciò tanto per quella corrispondente all'impulso cardiaco, quanto per quella corrispondente alla diastole della carotide.

Noi riconosciamo, e appositamente notiamo, che le cifre da noi così raccolte non hanno un valore assoluto, e non pretendiamo di dare con esse la misura assoluta del ritardo fisiologico o patologico del polso carotideo sulla contrazione del cuore, quantunque, come si vedrà, le medie ottenute si avvicinino alle misure date dai fisiologi dell'intervallo che divide il primo suono del cuore dal polso della carotide (1); ma queste cifre hanno invece un sufficiente valore relativo, e ci permettono di stabilire il rapporto esistente fra i singoli ritardi assoluti, che nei singoli individui assoggettati all'esperimento ha presentato la diastole della carotide rispetto all'impulso del cuore. È perciò che crediamo di avere in questi risultati ottenuti degli elementi sufficientemente esatti per dedurne non fallaci conseguenze.

Queste nostre osservazioni le abbiamo fatte su ammalati per vizii strumentali di cuore di varia natura, su giovani sani, su un ragazzo pure sano e su vecchi in buono stato di salute, ma offrenti però un grado bene manifesto di ateroma arterioso generale. Questi

(1) Troviamo in Landois (die Lehre vom Arterienpuls) che Rive appoggiandosi a un lavoro di Donders trovò il polso della carotide ingredire 0",09 secondi dopo il 1° suono del cuore.

Digitized by Google

vecchi li abbiamo scelti nel Ricovero di Carità di Torino, e dobbiamo alla gentilezza del Sig. Dottor Fenoglio, già assistente della Clinica e Medico in quell'Istituto, di averli posti a nostra disposizione.

OSSERVAZIONE 1ª — Stenosi dell'orificio venoso sinistro con insufficenza della bicuspidale e pericardite.

C. R., donna di 28 anni, di statura mediocre, accettata in Clinica per reumatismo poliarticolare di cui soffre per la terza volta. I fenomeni del vizio cardiaco comparvero da 2 anni. Polso irregolare, piccolo, facilmente sopprimibile; urto della punta del cuore debole al 5° spazio intercostale all'interno della linea emiclavicolare, sfregamento palpabile sulla linea parasternale sinistra. Diametro verticale del cuore dalla 4ª alla 6ª costa nella linea parasternale; diametro trasverso comincia un po' a destra della linea mediana e si estende fino alla linea emiclavicolare. Alla punta un rumore leggero sistolico e un rumore aspro diastolico. Rumore di sfregamento pericardico colla massima intensità in corrispondenza della inserzione della 3ª costa sinistra allo sterno. Sulla curva ottenuta col metodo sopradescritto si misura un ritardo della diastole della carotide sull'impulso del cuore di 0'',07; la frequenza del polso 75.

OSSERVAZIONE 2ª — Insufficenza della valvola bicuspidale.

M. B., donna di 23 anni, di statura bassa. Soffre di cardiopalmo, all'anno di respiro da un anno.

Impulso esteso e forte al cuore; urto della punta nel 5° spazio intercostale all'esterno della linea mamillare; forte fremito sistolico all'apice. — D. V. dalla 4ª alla 6ª costa nella linea parasternale, — D. T. da un centimetro a destra dalla linea mediana fino al punto ove

Digitized by Google

sentesi l'urto della punta. Rumore aspro sistolico all'apice; 2° suono puro; suoni puri alla tricuspidale e all'aorta, accentato il 2° sulla polmonare. Il ritardo, misurato sulla curva, è di 0″,09; la frequenza del polso 82.

OSSERVAZIONE 3ª — STENOSI DELL'ORIFICIO ATRIO-VENTRICOLARE SINISTRO E INSUFFICENZA DELLA BICUSPIDALE.

G. C., donna di 34 anni, di statura alta. In seguito ad un parto laboriosissimo cominciò a soffrire di cardiopalmo ed affanno di respiro; soffre, da un mese circa, di edemi agli arti inferiori, cui s'aggiunse ascite. Area cardiaca molto aumentata in tutti i suoi diametri; impulso forte della punta, accompagnato da fremito, nel 5° spazio intercostale sinistro un po' all'interno della linea emiclavicolare; ritmo del cuore irregolare. Polso frequente, irregolare, piccolo, facilmente sopprimibile; forte rumore sistolico, e forte rumore diastolico prolungato alla punta del cuore, accentuato il 2° suono alla polmonare; suoni puri all'aorta; 1° suono assai diffuso alla tricuspidale. Vene del collo presentanti manifesto inturgidimento sistolico. Ritardo del polso carotideo sull'impulso cardiaco di 0″,11. Frequenza 90.

OSSERVAZIONE 4ª — INSUFFICENZA DELLA BICUSPIDALE. PERICARDITE.

S. T., donna d'anni 20, di statura piuttosto alta. Gravida da tre mesi. Soffre da tre mesi di cardiopalmo, affanno di respiro, dolore alla regione cardiaca, addolentatura lieve alle articolazioni delle estremità inferiori. Aumentata assai la ipofonesi del cuore specialmente nel senso trasversale; il diametro longitudinale del cuore dalla 4ª costa al 6° spazio intercostale; il diametro trasverso comincia all'esterno della linea

Digitized by Google

mediana destra, e si estende fino a 2 centimetri circa a sinistra della linea emiclavicolare. Quivi si palpa l'urto della punta nel 6° spazio intercostale. Rumore aspro alla punta del cuore, sistolico. Rumore di soffregamento pericardico, ora sistolico e distolico, ora prevalentemente sistolico, ora prevalentemente diastolico, limitato alla 3ª e 4ª costa, margine sinistro dello sterno, che cambia grandemente col cangiamento di posizione dell'ammalata, che si sente meglio colla ascoltazione immediata che colla mediata, che ascoltasi più forte colla compressione esercitata mercè lo stetoscopio. Polso lento facilmente sopprimibile alla radiale. Nessun carattere scoccante del polso, nessun tono crurale, nè ascellare. Ritardo del polso carotideo sul cuore 0",12. Frequenza 70.

OSSERVAZIONE 5ª — INSUFFICENZA DELLE SEMILUNARI AORTICHE.

A. G., uomo d'anni 50, di statura alta, fu soldato di cavalleria, prese parte a parecchie campagne di guerra e fece molti sforzi muscolari; soffre da 30 anni di cardiopalmo. Fu obbligato a tenere il letto nel 1876 per dispnea, tosse, cardiopalmo. Diametro verticale del cuore dal 3° spazio intercostale fino alla 7ª costa; diametro trasverso del margine sinistro dello sterno fino alla linea mamillare. Urto del cuore nel 6° spazio intercostale nella linea mamillare: 1° suono talora diffuso, talora mancante alla punta, 2° suono rimpiazzato da un rumore debole. Questo aumenta di intensità a misura che si procede verso il 4° spazio intercostale di destra, ove raggiunge il massimo di intensità; quivi oltre al rumore diastolico forte si ode anche un debole rumore sistolico. Forte pulsazione alle carotidi, sovra le quali si odono 2 rumori, sistolico e diastolico. Polso celere alle radiali. Tono omerale, crurale,

Digitized by Google

Fig 1

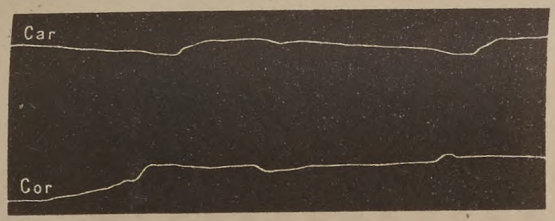


Fig 2

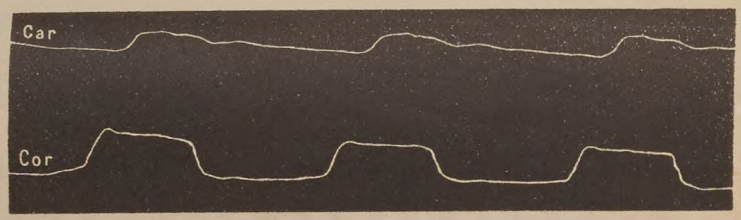


Fig 3

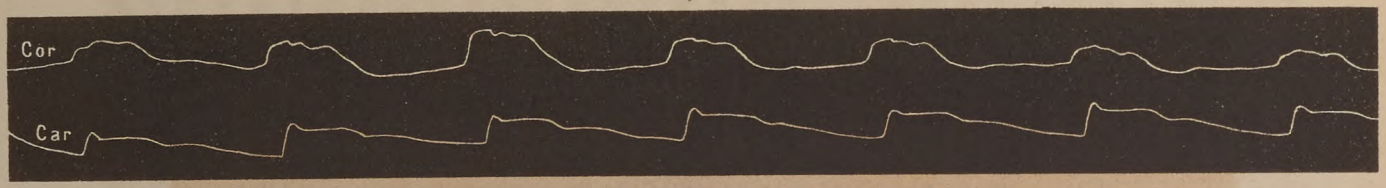


Fig. 4

Fig 5

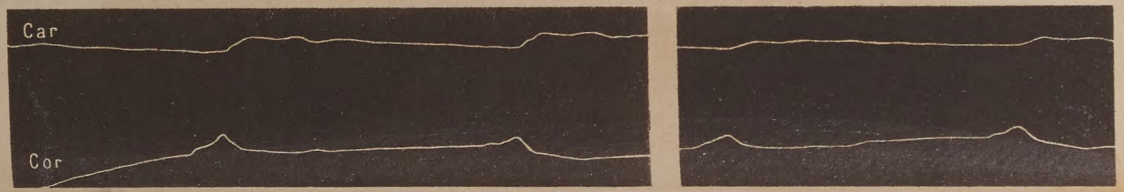


Fig. 6

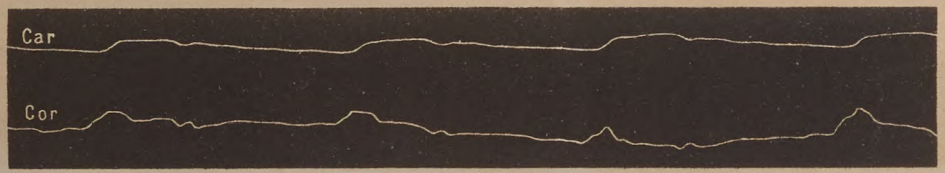
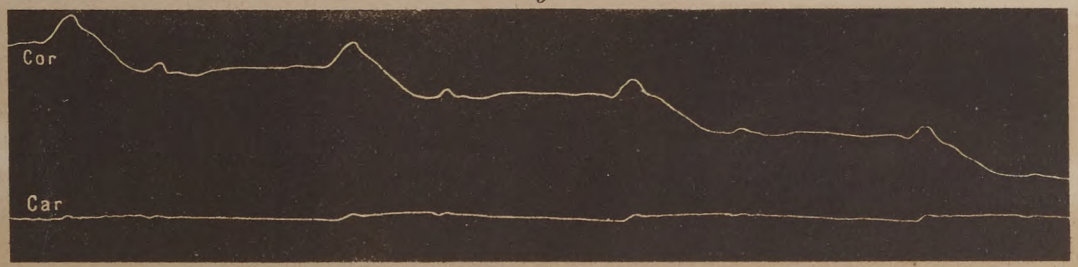


Fig 7



Torino, Lit. Salussolia

Digitized by Google

Digitized by Google

pedidio. Doppio rumore crurale colla compressione esercitata collo stetoscopio. Ritardo del polso carotideo sul cuore 0'',06. Frequenza 80.

OSSERVAZIONE 6ª — INSUFFICENZA DELLE SEMILUNARI AORTICHE.

R. L., uomo di statura media, d'anni 37, cocchiere, soffre da un anno di tosse, cardiopalmo, affanno di respiro talora con veri accessi soffocativi. Sollevamento esteso della regione cardiaca; urto della punta nel 6º spazio intercostale infuori della linea papillare fino quasi all'ascellare anteriore. Diametro verticale dal margine superiore della 4ª costa fino al margine inferiore della 6ª; trasversalmente dalla linea mediana dello sterno fino quasi alla linea ascellare anteriore. Alla punta secondo rumore debole; questo aumenta di intensità procedendo verso la base del cuore, dove, in corrispondenza del punto di ascoltazione dell'aorta, raggiunge il suo massimo; secondo rumore alle carotidi; tono omerale, crurale, pedidio. Ritardo carotideo 0'',09. Frequenza 80.

OSSERVAZIONE 7ª — INSUFFICENZA DELLE SEMILUNARI AORTICHE, STENOSI DELL'ORIFICIO ARTERIOSO SINISTRO; INSUFFICENZA DELLA BICUSPIDALE CON STENOSI ATRIOVENTRICOLARE SINISTRA.

C. G., ragazzo di 16 anni, ma di statura alta, sofferse a 9 anni di reumatismo poliarticolare, che recidivò più volte, e da due anni circa di affanno di respiro, cardiopalmo, dolore alla regione cardiaca.

Impulso forte ed esteso del cuore con sollevamento di tutta la regione precordiale. Punta del cuore al 6º spazio intercostale, all'esterno 2 1|2 cm. della linea papillare. Diametro verticale nella linea parasternale sinistra misura 12 cm., cominciando dal margine superiore della 3ª costa, e arrivando fino al superiore

Digitized by Google

della 7ª. Il diametro trasverso, in corrispondenza della 6ª costa, si estende dal margine destro dello sterno sino a 2 1|2 cm. in fuori della linea mamillare. Alla punta si sentono due rumori, uno sistolico lungo, intenso, e l'altro diastolico, meno intenso, breve. Questi rumori decrescono in intensità a misura che si progredisce verso la base del cuore; ma ad un certo punto la forza dei rumori cresce di bel nuovo e la massima forza si ha in corrispondenza del 3º e 4º spazio intercostale destro, dove però il rumore sistolico ha una certa prevalenza sul diastolico. Rumore sistolico e 2º suono accentato alla polmonare. Forte fremito sistolico alle carotidi, ove si ascolta un doppio rumore. Polso radiale celere; tono omerale, crurale, pedidio; fenomeno di Duroziez alla crurale. Ritardo 0",12. Frequenza 75.

OSSERVAZIONE 8ª — Emorragia cerebrale nel corpo striato sinistro; ectasia probabile parziale dell'aorta ascendente.

F. G., uomo d'anni 50, di statura alta, pervenne in Clinica coi sintomi della comune emorragia cerebrale del corpo striato (sinistro). Presenta la ipofonesi del cuore aumentata verso sinistra, la punta nel 5º spazio intercostale alquanto infuori della linea mamillare; inoltre in corrispondenza del 3º e 2º spazio intercostale a destra in vicinanza allo sterno, una piccola area ipofonetica, sulla quale si sente un doppio urto molto manifesto, profondo. Leggero primo rumore alla punta del cuore, leggero rumore sistolico in corrispondenza del punto ipofonetico testè notato. 2º suono di carattere un po'metallico sull'aorta e in questo punto.

Compendiamo con queste in una Tabella le altre osservazioni, avvertendo che i tre vecchi dell'Ospizio

Digitized by Google

di carità da noi adoperati presentavano tutti arterie molto manifestamente tortuose e rigide, e che in tutti venne praticato attento esame del cuore, il quale ci fece escludere l'esistenza di vizi delle valvole o degli ostii.

	OSSERVAZIONE	NOME	SESSO	ETÀ	STATURA	QUALITÀ DEL VIZIO	FREQUENZA DEL POLSO	Ritardo della diastole carotidea sull'impulso cardiaco in frac. di 1"
Vizi strumentali del cuore	1ª	C. R.	donna	28	media	Stenosi e insufficienza mitrale pericardite	75	0", 07
	2ª	M. R.	»	23	bassa	Insufficienza mitrale	82	0", 09
	3ª	G. C.	»	34	alta	Stenosi e insufficienza mitrale	90	0", 11
	4ª	S. T.	»	20	media	Insufficienza bicuspidale (pericardite)	70	0", 12
	5ª	A. G.	uomo	50	alta	Insufficienza aortica	80	0", 06
	6ª	R. L.	»	37	media	»	80	0", 09
	7ª	C. G.	»	16	alta	Insufficienza delle semilunari, stenosi aortica, insuf. e sten. mit.	75	0", 12
	8ª	F. G.	»	57	»	Ectasia parziale dell'aorta (?)	71	0", 14
Giovani sani	9ª	D. M.	»	32	media	—	72	0", 10
	10ª	D. Fe	»	32	alta	—	90	0", 11
	11ª	D. Fi	»	30	media	—	72	0", 12
	12ª	F. G.	»	12	piccola	—	78	0", 07
Vecchi ateromatosi	13ª	Q.	»	77	media	—	72	0", 07
	14ª	Be	»	79	alta	—	90	0", 07
	15ª	Bi	»	80	media	—	65	0", 08

Digitized by Google

Se dunque è possibile di trarre qualche conclusione dalle nostre esperienze, questa non è favorevole a quella del sig. TRIPIER, ed è poi assolutamente contraria alla sua asserzione, che il ritardo del polso carotideo *non esiste* che nella insufficienza aortica. Infatti A. G. (osservazione 5ª) ha fenomeni classici di insufficienza delle semilunari e non presenta che un ritardo di 0",06, il minimo da noi osservato; R. L. (osservazione 6ª) in cui la malattia non può essere messa in dubbio, uno di 0",09, mentre due uomini sani il Dr Fe. (oss. 10ª) e il Dr Fi. (osservazione 11ª) ne presentano uno di 11 e 12 centesimi, e il F. G. (osservaz. 8ª) che non offre alcun segno di insufficenza delle semilunari dà un ritardo di 0",14, il massimo da noi osservato.

Notisi invece che Q. vecchio settantenne (oss. 13ª) e il D.r M. (osserv. 9ª) e il D.r Fi. (osserv. 11ª) hanno un'eguale frequenza di 72; il vecchio ha un ritardo di 0",07, i due giovani uno di 10, l'altro di 12 centesimi di secondo. Il Be. (osserv. 14ª) ha nel momento dell'esperimento una frequenza uguale a quella del D.r Fe. (osservaz. 10ª); il primo ottantenne offre un ritardo di appena 0",07, il secondo trentenne di 0",11. Bi. (osserv. 15ª) e S. (osserv. 4ª) hanno una frequenza poco dissimile, nel primo ottantenne si nota un ritardo di 0",08, nella seconda ventenne di 0",12.

La dilatazione parziale dell'aorta ascendente, che per la fenomenologia sopra esposta venne da noi sospettata prima ancora che il malato, che è oggetto della 8ª osservazione, fosse sottoposto all'esperimento, ci permette di fare astrazione dall'enorme ritardo osservato in questo caso, e che a tale ectasia crediamo dovuto, nelle considerazioni che andiamo ad esporre. Sulle rimanenti 14 osservazioni utili da noi fatte, i minori ritardi di 0",06, 0",07 e 0",8 li troviamo sei

Digitized by Google

volte; di queste sei, quattro in individui di oltre 50 anni. I ritardi di 10, 11, 12 centesimi, li abbiamo tutti in individui minori di 35 anni; il massimo ritardo negli individui vecchi da noi esaminati essendo stato di 0",08 (osservaz. 15ª). Dei giovani minori di 35 anni due soli su dieci offersero un ritardo minore di 0",09, uno, un ragazzetto piccolo di statura in cui il ritardo fu di 0",075, l'altra una giovane di 28 anni, di statura media, affetta da stenosi e insufficenza della mitrale, con prevalente stenosi.

Se consideriamo, che nel ragazzetto dodicenne la assoluta brevità delle arterie può da sola darci ragione sufficiente del minore ritardo in lui osservato, in confronto di individui sani a completo sviluppo e di statura media ed alta, non ci resta che una sola osservazione da valutare, nella quale il ritardo del polso della carotide, in un soggetto giovane, fu inferiore ai 9 centesimi, e questa osservazione concerne un individuo affetto da grave vizio strumentale del cuore, è cioè una sola eccezione valutabile contro quanto risulta dal rimanente della nostra tabella, che cioè nei giovani il ritardo del polso della carotide sul cuore è, in generale, maggiore di quello che si osserva negli individui avanzati in età.

Infatti:

Osservazione	7ª	anni	16	ritardo	0",12
Id.	4ª	»	20	»	0",12
Id.	2ª	»	23	»	0",09
Id.	11ª	»	30	»	0",12
Id.	10ª	»	32	»	0",11
Id.	9ª	»	32	»	0",10
Id.	3ª	»	34	»	0",11
Id.	5ª	»	50	»	0",06

Digitized by Google

Osservazione 13ª anni 77 ritardo 0″,07
Id. 14ª » 79 » 0″,07
Id. 15ª » 80 » 0″,08

Nè devesi trascurare di tenere a calcolo, che il ritardo di 0″,09 trovato nella osservazione N. 2 concerne pure un individuo di bassa statura affetto da insufficenza mitrale.

Abbiamo detto, che se una conclusione è possibile, questa non è favorevole a quella di TRIPIER. Dobbiamo però notare che le nostre osservazioni concordano in parte colle sue, per ciò che spetta agli individui ateromatosi. Su questi infatti, e su individui maggiori dei 50 anni, TRIPIER non è riuscito, malgrado, come egli dice, l'esistenza del vizio delle semi-lunari aortiche, a poter apprezzare un intervallo di tempo fra l'impulso del cuore e il polso della carotide, i quali gli apparivano sincroni. Ora noi crediamo che il ritardo da lui osservato nei giovani affetti da insufficenza aortica, almeno per quanto ce lo permettono le nostre osservazioni, tenga piuttosto alla età degli individui esaminati, che al vizio di cui erano affetti.

Era stato notato da CZERMAK (1) che nei ragazzi, nei quali le pareti delle arterie sono più sottili e più cedevoli che negli adulti, le differenze di velocità dell'onda sanguigna misurata dall'intervallo esistente fra il polso della carotide e il polso della radiale, e fra il polso della radiale e quello della pedidia, sono maggiori che negli adulti, nei quali ultimi (sovra se stesso) CZERMAK aveva calcolato che il polso della dorsale del piede appare 0″,018 secondi più tardi che nella arteria radiale, mentre nella radiale appare 0″,094

(1) Sphygmische Studien — Citazione di Landois.

Digitized by Google

secondi più tardi che nella carotide, differenza non proporzionale al tragitto delle arterie, essendo la distanza della carotide alla radiale considerevolmente minore dell'altra, e riferita ad una maggiore resistenza delle pareti arteriose delle estremità inferiori. Sotto questo punto di vista è notevole adunque la tabella da noi esposta, dove anche per ciò che spetta all'impulso del cuore al torace e al polso carotideo, il ritardo di questo su quello è maggiore nei giovani che nei vecchi.

VIS QUA PROPAGATIO UNDARUM IN SANGUINE ARTERIARUM PERAGITUR IN AELASTICITATE ARTERIARUM QUAERENDA EST. QUO MAGIS ARTERIAE EXTENSIONI, QUAM A SANGUINE IMPULSO PATIUNTUR, RESISTUNT, EO CELERIUS UNDAM PROPAGARI NECESSE EST, ha scritto E. H. WEBER; e supposto che l'asserzione di WEBER sia conforme alla verità, come ammette del resto la maggior parte dei fisiologi, fra cui vogliamo citare appena DONDERS, HAMERNIK e LANDOIS, sarebbe molto facile di spiegare, perchè nei soggetti ateromatosi il ritardo del polso sia minore che negli individui giovani e sani.

Se infatti il ritardo del polso delle arterie sul polso del cuore dipende dalla estensibilità delle arterie, si deve ammettere che questo ritardo debba essere minore quanto meno le arterie sono estensibili ossia quanto più le arterie si accostano al caso di un tubo rigido, in cui il polso, se fosse possibile, sarebbe contemporaneo in tutte le sezioni. Si sa però che la influenza della elasticità dei tubi sulla velocità di trasmissione dell'onda è in modo molto contradditorio interpretata dai fisici e da alcuni fisiologi, e sono note le esperienze di MAREY (1) che hanno dato risultati

(1) *Physiologie expérimentale — Mouvements des ondes liquides.* — Parigi, 1875.

Digitized by Google

affatto contrarii a quelle di DONDERS e di LANDOIS (1).

Se la grande lunghezza dell'onda positiva che s'origina nelle arterie, la quale, come si sa dalle esperienze di WEBER, supera in lunghezza quella del corpo umano, l'unicità insomma dell'onda possa avere una influenza nei risultati apparentemente contradditori delle leggi fisiche e degli esperimenti dei fisiologi, se si debba tener calcolo di altri elementi e di quali, e specialmente anche del modo e del tempo di contrazione del cuore, è una questione di natura complicata e difficile e di pura spettanza della fisiologia e dalla quale vogliamo prescindere affatto nel presente lavoro, che ha uno scopo affatto clinico.

Noi vogliamo soltanto far notare, che riguardo al modo con cui si comportano per rispetto alla elasticità le arterie nei primi stadi dell'ateroma, noi non ne siamo affatto in chiaro, e non ripugna neppure d'ammettere che in alcuni stadii di questa malattia, e in alcune loro sezioni, le arterie possano acquistare, invece di perdere in elasticità. Nell'affezione cronica infatti delle arterie, che si osserva nei vecchi, il processo, come fa rimarcare HUBNER (2), non ha il carattere di una neoformazione, ma piuttosto quello di una pura ipertrofia, e in ciò lo stesso HUBNER fa consistere la differenza caratteristica del processo ateromatoso dalla sifilide delle arterie; negli stadii avanzati soltanto esso assume un carattere regressivo, quando cioè si manifestano la degenerazione grassa, la calcificazione ecc. L'intima delle arterie aumentando di spessore e non solo per sviluppo di semplice connettivo, ma anche per sviluppo di vero tessuto elastico (3),

(1) L. c., pag. 294 e segl.
(2) Die luetische Erkrankungen der Hirnarterien. Lipsia, 1874.
(3) L. c., pag. 157 e segl.

Digitized by Google

potrebbe dunque anche corrispondentemente aumentarsi la forza elastica delle arterie stesse in quella determinata sezione. Che poi nelle arterie periferiche, oppostamente a quello che noi abbiamo osservato nella carotide, la diastole possa nell'ateroma farsi con un ritardo maggiore che ad arterie normali, come avviene talora di constatare, ciò è spiegabile con le altre alterazioni che si verificano nelle arterie in questa malattia, specialmente quando giunge a stadi avanzati, e cioè l'allungamento, che può essere molto considerevole e che si rivela colla loro tortuosità, le parziali dilatazioni, i parziali restringimenti ed occlusioni, ecc., anche senza dover ricorrere, per darsi ragione del ritardo del polso, alla loro modificata elasticità, ossia alla loro rigidità.

Ma come, ripetiamo, non è di questi e consimili studi che noi vogliamo occuparci, almeno per ora, lo scopo di questo nostro lavoro era ed è esclusivamente quello di stabilire se, come afferma TRIPIER, il ritardo del polso della carotide, rispetto all' impulso del cuore, si debba ritenere come un sintomo patognomonico della insufficenza aortica, e quindi come un criterio diagnostico di grande importanza quando si riesca a rilevarlo. Al quesito che noi ci siamo posti, noi possiamo rispondere in modo negativo. Si può avere un ritardo eguale o maggiore ai massimi rilevati nell' insufficenza aortica in soggetti sani e in soggetti ammalati per vizio cardiaco d' altra natura; si possono avere insufficenze aortiche, che presentano un ritardo molto minore di quello che offrono individui sani; sicchè ancora oggigiorno non ci pare si possa contraddire alle parole che leggonsi nel trattato delle malattie di cuore del Prof. FRIEDREICH dove dice: *Che, come* HENDERSON *avrebbe osservato, l'intervallo*

Digitized by Google

fra l'urto del cuore e il polso della carotide sia maggiore nella insufficenza delle valvole aortiche, che negli individui normali, io non l'ho potuto constatare.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA

Fig. 1ª Si riferisce alla S. T. — Osservazione 4ª, ritardo 0'',12.
Fig. 2ª Si riferisce a C. G. — Osservazione 7ª, ritardo 0'',12.
Fig. 3ª Si riferisce ad A. G. — Osservazione 5ª, ritardo 0'',06.
Fig. 4ª Si riferisce a F. G. — Osservazione 8ª, ritardo 0'',14.
Fig. 5ª Si riferisce al D. Fe. — Osservazione 10ª, ritardo 0'',11.
Fig. 6ª Si riferisce a Q. — Osservazione 13ª, ritardo 0'',07.
Fig. 7ª Si riferisce a Bi. — Osservazione 15ª, ritardo 0'',08.

Si avverte ad abbondanza, che le misure del ritardo furono prese tenendo il debito calcolo delle distanze eventuali delle due penne scriventi, e cioè coi punti di ritrovo segnati sempre sulle curve.

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

UN PROGETTO DI OSPEDALE PER LE MALATTIE CONTAGIOSE

Prelezione al Corso d'Igiene per l'anno 1877-78 del Dottore **LUIGI PAGLIANI**, incaricato dell'insegnamento dell'Igiene nella R. Università di Torino.

(*Continuazione alla pag.* 153).

6°

Considerazioni particolareggiate sul sistema di ventilazione e di riscaldamento, adottati nelle diverse contingenze climateriche.

Ventilazione — La pratica ha dimostrato come i migliori sistemi di ventilazione meccanica ed artificiale, stati proposti ed applicati in alcuni dei princi-

Digitized by Google

pali Ospedali d'Europa, troppo lascino a desiderare sotto il doppio rapporto dell'efficacia e dell'economia; per la qual ragione la ventilazione naturale, prodotta dal semplice squilibrio nella temperatura degli ambienti sulla esterna, deve ritenersi come la più conveniente, la più semplice per impianto, la più sicura per effetto ed in pari tempo la più economica.

Questo fatto è divenuto siffattamente fuor di contestazione che nei migliori Ospedali della Germania di recente costruzione sul tipo a padiglioni ed a baracche non si ebbe pensiero di stabilire speciali apparecchi di ventilazione, curandosi invece assai la naturale ventilazione per sufficienti aperture convenientemente stabilite, e giovandosi del favore ad essa proveniente da ragionevole adattamento dei mezzi di riscaldamento; d'altra parte si sa che in molti ospedali dove, come nel Lariboisière, erasi con grandi studi e gravissime spese stabilito un sistema di ventilazione artificiale, si finisce col trascurarlo per riconosciuta insufficienza ed inefficacia e per eccessivo dispendio nel suo mantenimento.

Nello studio del sistema di ventilazione e di riscaldamento dell'ospedale per malattie contagiose in progetto, si ebbe particolarmente in mira che, se la ventilazione attivissima richiesta per ogni baracca deve essere coordinata nell'inverno col riscaldamento, ciò debba farsi con un mezzo tanto più semplice e sicuro di effetto, quanto maggiore è la necessità della ventilazione; senza rinunciare ad usufruire nelle tre stagioni restanti del naturale e gratuito rinnovamento d'aria, abbondantemente offerto dalle finestre aperte della baracca.

Perciò la ventilazione naturale della gran sala di ogni baracca fu favorita dalla particolare disposi-

Digitized by Google

zione delle molte ed ampie finestre sulle pareti laterali, poco elevate dal pavimento, con vetri aprentisi orizzontalmente verso l'interno; per mezzo delle quali si può proporzionare l'aria che entra, a seconda dei bisogni della sala e della temperatura esterna, senza recare molestia alcuna agli animalati; per altra parte fu favorita colla costruzione della lanterna lungo tutto il colmo del tetto, con adatte aperture per le quali può avere sfogo l'aria ambiente che per il suo riscaldarsi gradatamente s'innalza, man mano che nuova aria fresca entra dal di fuori in basso lateralmente.

Questa circolazione naturale d'aria non sarà giammai per mancare, eccitandola lungo il giorno il maggiore riscaldamento del tetto pei raggi solari che vi battono sopra, e di notte movendola la temperatura più alta della baracca a confronto della esterna.

Per tal modo può ragionevolmente asserirsi che (in Milano) alla ventilazione gratuita dell'ospedale in progetto è largamente provveduto per ben circa nove mesi.

Innanzi di esporre la minuta descrizione del sistema di ventilazione e riscaldamento coordinati prescelti nella baracca, è mestieri, a giustificazione del sistema adottato, di passare in rapida rivista i mezzi proposti ed applicati finora nei migliori ospedali.

Esame dei diversi sistemi di riscaldamento. — Accennando di volo ai camini di Galton come quelli che convengono a sale di dimensioni poco più che mediocri e per pochi infermi, non tralascieremo di avvertire come se la loro introduzione non fu creduta possibile o conveniente nella baracca, venne accettata invece per le sale di visita e di aspetto nel padiglione sanitario ed amministrativo. L'essere in molti ospedali della Germania invalso il costume delle

Digitized by Google

Mantelöfen, ritenute quali mezzi di riscaldamento efficace e senza incomodi gravi, l'offrire esse il diretto richiamo dell'aria viziata nel focolare con sufficiente attività, paiono essere argomenti di raccomandazione.

Ma le esigenze eccezionali di un ospedale per malattie contagiose si accorderebbero forse difficilmente con tali mezzi di ventilazione senza cadere nella necessità di aumentare di troppo il numero delle stufe o le loro dimensioni in correlazione della vastità delle sale; e sarebbero oltre a ciò anche di gravissimo ostacolo alla circolazione nella corsìa centrale dei carretti pel servizio economico e per il movimento facile dei letti.

Lontani dal disconoscere nelle *Mantelöfen* alcuni dei pregi che le rendono preferite in Germania, crediamo però che altri sistemi di riscaldamento siano ad esse preferibili nel caso in esame.

Un sistema che offre il vantaggio di un riscaldamento grato, uniforme e durevole è quello dei caloriferi a vapore d'acqua a bassa pressione, che veggonsi introdotti in quasi tutte le serre a fiori; ma sgraziatamente si può solo con difficoltà conciliar col bisogno della ventilazione.

Il sistema Perkins a circolazione di vapori d'acqua ad altissima pressione, sebbene sia da varii anni introdotto in edifizii diversi Francesi e Inglesi, e v'abbia fatto discreta prova, non è tuttavia da consigliarsi. Esso somministra bensì abbondante aria calda, ma è inetto a procurare la evacuazione dell'aria viziata di per sè solo; ha inoltre l'inconveniente gravissimo delle facili fughe di vapori e della carbonizzazione dei legni coi quali vengono a contatto i tubi.

Aggiungasi che, sebbene adattabile ad ogni ambiente, risulta di un impianto molto dispendioso.

Digitized by Google

Non possono passarsi sotto silenzio i caloriferi ad acqua calda che ricevettero pure numerose applicazioni. Il vantaggio segnalato della loro rapida azione a distanze grandi; il potersi regolare interamente la circolazione, benchè complicata, da chi dirige l'unico focolaio; l'economia dell'esercizio, concorsero a portarli con quelli a vapore in onore.

Questi sistemi però, oltre l'inconveniente di non promuovere la ventilazione, hanno anche quello grave di produrre nei tubi urti e vibrazioni che, mentre tendono ad alterarli, sono pure causa di rumori incomodi e molesti assai agli ammalati.

Un sistema di riscaldamento, che oggidì gode il suffragio di molte e felici applicazioni su vastissima scala, è quello della circolazione separata di acqua e di vapore.

Fu stabilito la prima volta da Gronvelle nel carcere cellulare Mazas di Parigi, e trovasi in attività anche in Italia, in molte carceri a bracci separati. In esso un generatore unico somministra il vapore a vari ambienti, in ognuno dei quali si attivano così circolazioni d'acqua indipendenti fra loro.

Si è raggiunto per tal modo lo scopo di distribuire a grande distanza ed in ambienti diversi il calore, senza cadere negli inconvenienti lamentati nei summentovati caloriferi.

Questo sistema, che a tutta prima si raccomanderebbe per adatto riscaldamento di tutte le baracche insieme, stabilendo il generatore di vapore in posizione quanto più possibilmente centrale ed unendovi il padiglione pei bagni e le trombe di elevazione dell'acqua, perde il suo prestigio con una più matura riflessione.

Innanzi tutto questo sistema non è pure atto a pro-

Digitized by Google

muovere una ventilazione energica nelle sale, il che è ragione molto potente per trascurarlo nel caso d'un Ospedale per malattie contagiose.

Osservando poi il distacco da baracca a baracca, e la distribuzione loro assegnata nel progetto, nasce non a torto il dubbio se sia da attendersi ancora sufficiente trasmissione di calore a quelle più lontane, con uno sviluppo così considerevole dei tubi di condotta del vapore e coll' inevitabile dispersione del calore nel lungo tragitto.

Sistema di riscaldamento adottato — Volendo infine che il sistema da adottarsi soddisfi alla condizione di un abbondante rinnovamento d'aria che non sia inferiore a m. c. 120 per malato all'ora, insieme ad un riscaldamento efficace e soggetto a continua e facile sorveglianza, credemmo non essere lungi dallo aver risolto la questione adottando per ogni baracca il sistema di ventilazione per *tirante fisico*, con riscaldamento coordinato per mezzo di un calorifero ad aria calda.

Primi noi a riconoscere che i caloriferi ad aria calda non vanno esenti di difetti, teniamo però per fermo che la lamentata variabilità di riscaldamento offerta da essi dipende essenzialmente dalla generale trascuratezza di chi li dirige, dalla poca cura dell'impianto loro e dalla viziosa distribuzione delle bocche di efflusso dell'aria calda.

Quando, in un edificio qual dovrebbe essere l'Ospedale in progetto, trovasi disponibile un abbondante personale di servizio e di sorveglianza; e quando sieno stati disposti convenienti registri nella camera di mescolanza dell'aria calda colla fresca, ed abbiansi indicatori a segnali ed a distanza delle variazioni brusche di temperatura, si può ragionevolmente sperare

Digitized by Google

di aver allontanato la possibilità degli inconvenienti lamentati.

Vennero stabilite nel sotterraneo in corrispondenza del mezzo della baracca alcune camere, per la collocazione del calorifero; la camera d'aria calda e quella di mescolanza; le camere delle provviste del coke e della legna.

La presa dell'aria fresca è fatta dal centro di ogni giardino che sta a fianco della baracca, di dove apposito condotto la porta nella cassa del calorifero e quindi riscaldata alla camera della mescolanza.

Apposite valvole permettono di far fluire dell'aria fresca sulla caldissima, proveniente dalla cassa del calorifero, e la proporzione della mescolanza si regola con due registri.

Un indicatore elettrico avverte a distanza quando la temperatura si approssima ad un limite che non deve essere varcato nè in più nè in meno.

Affine di mantenere l'aria scaldata nel calorifero ad un conveniente grado igrometrico, sarà disposta una certa quantità d'acqua nella camera d'aria, la quale lentamente verrà evaporandosi.

L'aria calda per appositi condotti praticati nel pavimento della baracca si distribuisce ai due lati del calorifero, e salendo per condotti verticali si versa nelle sale da aperture praticate in alto, a livello della cornice della volta.

Queste aperture hanno sezione rettangolare di m. 0,60 per 0,33, e così fatte da dirigere l'aria calda verso l'alto. Se ne contano 4 nella infermeria, una nella sala dei convalescenti e due altre nell'avancorpo e camere unite.

Combinazione dell'apparecchio a riscaldamento con apparecchio a ventilazione. — L'aria viziata è sot-

Digitized by Google

tratta dal basso, e le bocche di estrazione vennero a tale oggetto praticate nei muri presso il pavimento e dietro i singoli letti, per così più direttamente esportare l'aria infetta che deve essere naturalmente più carica di materie in sospensione negli strati inferiori della baracca, ed impedire che in questi strati essa ristagni.

Questa disposizione, che è la più razionale, assicura la lenta discesa per richiamo dal basso dell'aria calda immessa nella sala, senza recare molestia agli ammalati per correnti laterali o troppo calde o troppo fredde.

Le bocche di estrazione, aventi sezione di m. 0,25 per m. 0,20, comunicano con un unico tubo praticato sotto il pavimento della sala, il quale fa capo ad un camino di richiamo.

Questo camino di richiamo dell'aria viziata della baracca è reso più attivo dal calore emesso dal camino metallico che scarica il fumo del calorifero, all'esterno, ed a cui se ne fa percorrere il mezzo.

Un apparecchio di Volpert nella parte superiore di quest'ultimo serve, oltre che a difenderlo dalle correnti discendenti, a fare più attiva l'aspirazione dell'aria dalla baracca, ogni volta che vi sia al di fuori movimento di vento, da cui si fa così lambirne l'apertura.

Quando poi le addotte ragioni, e la dimostrata possibilità di un'adatta applicazione di questi caloriferi speciali per ogni baracca, non fossero più che sufficienti a giustificarne la scelta, vi ha tuttavia la circostanza in loro favore tutta particolare all'ospedale in progetto, di dovere cioè servire esclusivamente a malattie contagiose, le quali danno un contingente di ammalati molto irregolare, per modo che si avrà

Digitized by Google

a fare uso, ora di una sola, ora di più, o di tutte le baracche. Se si stabilisca quindi un riscaldamento dipartentesi da una sola sorgente centrale, ne verrebbe nei casi più frequenti di minore afflusso di ammalati un inutile spreco di combustibile, il che non può avvenire quando è ciascuna baracca che provvede indipendentemente dalle altre al proprio riscaldamento.

(Continua).

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Trattamento dell'asma coll'ioduro di potassio e coll'ioduro di etile (*Bulletin général de Thérapeutique*). — L'ioduro di potassio era già stato indicato da Trosseau quale modificatore degli accessi di asma. Ora il Dott. Germano Sée lo propone quale mezzo di cura radicale della medesima. Egli riferisce una serie di oltre 24 osservazioni fatte nel corso di otto anni nell'Hôtel-Dieu di Parigi, in cui la guarigione non fu smentita posteriormente da alcuna recidiva. Di tali osservazioni parecchie si riferiscono a ragazzi: uno di essi era affetto da oltre due anni da asma semplice, secco, ad andamento pressochè continuo, consecutivo ad ipertosse. Guarì in alcune settimane coll'uso dell'ioduro di potassio alla dose di un gramma al giorno.

Un altro fanciullo era affetto contemporaneamente da asma e da eczema intenso, il che attestava l'indole erpetica dell'asma. L'eczema cedette assai prima coll'uso degli arsenicali, l'asma cedette posteriormente coll'uso dell'ioduro di potassio.

Sei osservazioni si riferiscono a giovanetti asmatici da parecchi anni e senza causa conosciuta. Dopo un trattamento di circa un anno guarirono tutti perfettamente. Due giovanetti, oltre l'asma, erano ancora travagliati da epilessia. Si combattè dapprima questa col bromuro di potassio, poscia si ricorse all'ioduro di potassio contro l'asma. Ma cessando l'uso del bro-

Digitized by Google

muro ricomparvero gli accessi epilettici. Si sperimentò l'uso simultaneo dei due farmaci, ma non si ebbero dei risultati soddisfacenti. Allora si curò l'asma coll'ioduro di potassio e qualche anno dipoi si combattè l'epilessia col bromuro potassico. I giovanetti guarirono e da alcuni anni non soffersero più alcun insulto delle antiche infermità.

Dieci osservazioni si riferiscono ad adulti di ambo i sessi. Una donna sui 33 anni, di professione fornaia, era da un mese circa affetta da asma ribelle ad ogni farmaco; il primo giorno che le si amministrò l'ioduro di potassio ne fu pienamente guarita. Un'altra donna era asmatica da circa sei anni. Coll'amministrazione prolungata dell'ioduro di potassio ne guarì e la guarigione perdura tuttora che essa vive nel rigido clima di Londra.

Parecchi uomini di professioni diverse e con asma, quali dall'infanzia e quali da 3, 4 o 5 anni soltanto, furono guariti coll'uso dell'ioduro di potassio senza bisogno di mutar professione od abitazione.

Dose e formola. — Si incomincia alla dose di grammi 1,25 al giorno e si aumenta gradatamente fino alla dose di 2 o 3 grammi. Si amministra in soluzione, sia nell'acqua che nel vino o nel sciroppo di corteccia di arancio.

Durata del trattamento. — Essa è indeterminata, ma ordinariamente dopo 2 o 3 settimane, quando i parossismi sono resi meno molesti, si diminuisce gradatamente la dose fino ad un gramma. Tale dose poi si continuerà per parecchi mesi, dopochè saranno affatto scomparsi gli accessi.

Effetti fisiologici dell'ioduro di potassio. — Esso è solubilissimo in tutti i sughi dell'economia ed è assorbito con estrema rapidità. Gli organi digerenti non soffrono alcun dissesto per questo farmaco, chè anzi si aumenta l'appetito. Però l'uso continuato, anche a dosi minime, può determinare dei fenomeni speciali che costituiscono il così detto iodismo. I tessuti che più prontamente subiscono l'influenza dell'ioduro di potassio sono le mucose e specialmente la congiuntiva, la schneideriana e la mucosa che tappezza i seni frontali. Esse per la congestione si arrossano, se ne ne aumenta la secrezione, di qui

Digitized by Google

l'epifora e la coriza pressochè costanti e la cefalalgia frontale. La congestione della mucosa gutturale determina l'angina iodica e la congestione della mucosa laringo-bronchica determina la raucedine e la ipersecrezione bronchiale. La pelle si copre in quantità più o meno grande di pustole di acne. La circolazione subisce anche essa delle modificazioni: dapprima avvi contrazione dei vasi, poi dilatazione dei medesimi, in conseguenza di che la circolazione si rende accelerata, senza che perciò si possa dire che l'azione del cuore sia menomamente modificata. L'uso prolungato dell'ioduro di potassio determina un po' di dimagramento, a spese specialmente di certi tessuti, quali il cellulare ed il ghiandolare, e fra le ghiandole più elettivamente il corpo tiroide, i gangli linfatici e nella donna le ghiandole mammarie. Ma per contro sembra che favorisca la rigenerazione e la ricostituzione di altri tessuti, quali il nervoso, e di qui gli importantissimi vantaggi dell'ioduro di potassio nel trattamento delle malattie del sistema cerebro-spinale. Non è a dissimulare però che nell'uso di questo farmaco possono succedere dei fenomeni di iodismo cerebrale o meglio la cosidetta ebbrezza iodica caratterizzata da vertigini, allucinazioni e tremolio degli arti; però, a detta degli autori e dello stesso Sée, questi fatti sono assai rari e vogliono ripetersi dall'irrigazione maggiore del cervello.

La eliminazione dell'ioduro di potassio si fa in gran parte per i reni. Tanta è la diffusibilità di questo farmaco che pochi minuti dopo l'amministrazione, raccogliendo le urine e trattandole con un sale di mercurio, si vede formarsi un precipitato di biioduro di mercurio. L'eliminazione pelle urine si fa però in modo intermittente, mentre che per le ghiandole salivali e gastriche (altre vie di eliminazione) si fa in modo più lento, ma è più continuo e di lunghissima durata, per cui Cl. Bernard trovò l'ioduro potassico in tali ghiandole parecchie settimane dopo la propinazione e quando da parecchie settimane non ve ne era più traccia nelle urine.

Veniamo ora ad esaminare quali sieno le modificazioni che esso apporta nell'organo del respiro nei casi di asma cronico: quando esso dipenda da lesione valvolare il miglioramento è nullo, ma se è il tessuto stesso del cuore che sia,

Digitized by Google

leso o per degenerazione o per ipertrofia, esso vale talora a far disparire l'elemento dispneico. Giova qui accennare come talora in un asmatico si è sentito alla punta del cuore un rumore di soffio sistolico assai evidente e si è creduto ad una lesione valvolare, mentre l'uso dell'ioduro di potassio non solo guarì l'asma, ma fece scomparire il rumore abnorme.

Gli effetti più manifesti si hanno allora quando l'asma è sostenuto da enfisema permanente; se si amministra al sopravvenire di un parossismo, se ne accelera la euforia. Continuandone l'uso per qualche tempo le condizioni dell'organo del respiro si modificano essenzialmente, si rende distinto il mormorio vescicolare nei tratti di polmone enfisematoso. La sonorità toracica dapprima esagerata si rende normale. I rantoli sibilanti scompaiono, l'aria penetra liberamente nelle piccole diramazioni bronchiali e comincia a sentirsi qualche bolla di rantolo umido più o meno abbondante a seconda dei casi; infine all'ortopnea abituale è subentrata la respirazione affatto normale.

Inconvenienti nell'uso dell'ioduro di potassio. — Noi abbiamo già parlato dell'iodismo e dei suoi fenomeni talora gravi. Ma se essi possono richiedere la sospensione temporanea nell'uso del farmaco, non si può peranco dire che esso eserciti un'azione deleteria sull'economia. Però in certe condizioni individuali non bene conosciute esso può determinare la vera cachessia iodica con dissoluzione del sangue, trasudamenti sanguigni dalle mucose e perfino vere emottisi. Si è per questo fatto che l'ioduro di potassio vuole essere assolutamente proscritto nella tubercolosi, e nei casi sospetti di essa.

Quale succedaneo dell'ioduro di potassio viene l'ioduro di etile. Esso è un etere; ha l'odore del cloroformio, un sapore piccante, e si evapora facilmente nell'aria ambiente. Bolle a 64°, non è infiammabile, esso si amministra per inalazione parecchie volte nella giornata alla dose di 6 a 10 goccie per volta. Esso si sostituisce utilmente all'ioduro di potassio ogni qualvolta questo non sia bene tollerato dall'infermo.

Digitized by Google

Un caso di latero-pulsione oculare nella paralisi agitante. *Nota letta alla Società degli Spedali di Parigi* dal Dott. Debove. — Gli individui affetti da paralisi agitante, ad un periodo avanzato del male, sono isolati in una stanza, non potendo vivere in comune cogli altri malati. L'intelligenza essendo conservata, sembrerebbe che resti a questi sgraziati la risorsa delle distrazioni che può dare lo studio; ma non è così. Il tremito così caratteristico delle mani li impedisce di scrivere; la stessa causa fa che non possono tenere in mano un libro. Sovente il libro essendo posto su d'una tavoletta, la lettura è ancora difficile. Nella malata di cui si tratta, dice l'Autore, io ho creduto scoprire una delle cause di questa difficoltà.

Si tratta d'una donna, di 67 anni, che presenta i sintomi classici della paralisi agitante, tremolio delle mani, immobilità dei lineamenti della faccia, lentezza dei movimenti, ecc.; la propulsione e la retro-pulsione sono in lei marcatissime. Più volte essa mi ha parlato della difficoltà che provava a leggere, anche i libri stampati a grossi caratteri. La feci leggere ad alta voce in mia presenza, ella scandeva le frasi in modo bizzarro; giunta al fine di una linea dessa metteva un certo tempo ad incominciare la linea seguente, pareva che i suoi occhi provassero difficoltà a cambiare direzione. Questo fatto mi pare affatto simile a quelli osservati nell'incesso di questi malati; quando vogliono cambiar direzione, hanno una certa esitazione, provano il bisogno di appoggiarsi agli oggetti vicini. Lo stesso caso pare che arrivi pei moti degli occhi nella lettura; quando, terminata una linea, l'occhio si porta al principio della linea seguente, sopravviene un imbarazzo che, ripetendosi ad ogni istante, rende la lettura faticosissima. Tale fatica è ancora maggiore, se il libro è stampato in più colonne. Arrivati alla fine d'una linea, gli occhi della mia malata si portavano involontariamente sulla linea corrispondente della colonna precedente. Questi turbamenti dei moti degli occhi sono anche paragonabili a quelli della locomozione. Arrivato al termine di una linea l'occhio non può fermarsi, e ne seguita la direzione, fenomeno analogo alla propulsione; al principio di una linea, l'occhio oltrepassando la mira si porta alla colonna precedente, è un fenomeno analogo alla retro-pulsione. Molto prima

Digitized by Google

del nostro esame, questa malata aveva spontaneamente notato, che la lettura d'un libro le riesciva più facile che quella dei giornali, e che per leggere questi le era necessario che fossero piegati in maniera, che si presentasse una sola colonna davanti ai suoi occhi.

I movimenti che paragonai a quelli della retro-pulsione erano per lei molto più imbarazzanti, che quelli che ho comparato alla propulsione; la difficoltà è facile ad essere capita. L'occhio che legge percorre la linea con una certa lentezza, l'occhio che ha finito una linea si porta alla seguente con una velocità molto più considerevole: ora noi sappiamo che nella locomozione, i moti involontarii di propulsione e di retro-pulsione sono tanto più salienti quanto si fa camminare più velocemente il malato.

Io ho cercato, dice l'Autore, a dare un nome a questo segno che non trovammo descritto in nessun autore; non possiamo qualificarlo col nome di propulsione nè di retro-pulsione oculare, termini che parrebbero indicare che l'occhio è portato in avanti e indietro; il termine di latero-pulsione oculare mi pare da preferirsi: se si spinge lateralmente un uomo affetto da paralisi agitante, egli si sposta lateralmente e per poco che questo moto si accceleri, il malato cade, se non si ha cura di sostenerlo.

È cosa naturale di paragonare questo fenomeno con quello osservato nell'apparato visivo, e noi proponiamo di designarlo sotto il nome di *latero-pulsione oculare*. D'altronde noi siamo disposti ad adottare quell'altra denominazione che esprima meglio la realtà dei fatti. Ignoriamo quale possa essere la frequenza della latero-pulsione oculare, non avendola osservata che in una sola malata.

Notiamo, terminando, che è difficile di raccogliere tali osservazioni nei malati degli Ospedali. Bisogna che l'individuo sia abituato a leggere con una certa rapidità, senza di che il fenomeno dovrà necessariamente mancare, come manca il fenomeno della propulsione in un individuo che procura di camminare con grande lentezza.

(*Progrès Méd.*, 16 febbraio 1878).

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 7ª Settimana

dal 10 al 16 febbraio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	3	6	9
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	2	2	4
Convulsioni, elmintiasi	3	»	3
Difterite e croup	4	5	9
Coclussie	»	»	»
Vainolo	»	»	»
Morbillo	»	»	»
Scarlattina	»	1	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»
Colera	»	»	»
Febbre intermitt.e perniciosa	»	»	»
» tifoidea e tifo	4	1	5
» migliare	»	»	»
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	3	3
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	1	3
Avvelenamenti diversi	»	»	»
Asfissie	1	»	1
Malattie dell'apper.o respiratorio	28	20	48
» dell'apparato dell'alimentazione	7	15	22
» dell'app.o cardio-vasale	6	12	18
» del sistema nervoso	7	4	11
» dell'app. uropoietico e genitale	1	1	2
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»
Pneumatosi ed idropi	»	»	»

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	To
Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	
» tubercolose, scrofolose	10	2	1
» sifilitiche	»	»	
» nervose	»	»	
» ematiche	»	»	
» calcolose	»	»	
» scirrose, cancerose	»	4	
Dermafosi varie	»	»	
Marasmo senile e tabi diverse	»	»	
Indeterminate	»	»	
TOTALE	78	77	15
Non appartenenti alla popolazione di Torino	9	7	16
TOTALE nella 7ª settim.na	87	84	171
» nelle settim.e precedenti	434	510	944
TOTALE complessivo	521	594	1115
TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	464	537	1001

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 7ª settimana	63	74	137	10	4	14
Nelle precedenti	405	384	789	45	24	69
TOTALE COMPLESSIVO	468	458	926	55	28	83

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

UN PROGETTO DI OSPEDALE PER LE MALATTIE CONTAGIOSE

Prelezione al Corso d' Igiene per l'anno 1877-78 del Dottore LUIGI PAGLIANI, incaricato dell'insegnamento dell'Igiene nella R. Università di Torino.

(*Continuazione alla pag.* 186).

Calcolo delle quantità di Calorie necessarie, e fornite col sistema di riscaldamento adottato; e del ricambio d'aria che con questo si ottiene.

Per meglio dimostrare come siano state soddisfatte nell'attuale progetto le esigenze della ventilazione e del riscaldamento, crediamo opportuno di esporre qui il calcolo delle diverse parti più importanti.

Si stabilì anzitutto per base che il rinnovamento dell'aria si faccia in ragione di m. c. 120 per letto ogni ora, quantità di aria conveniente e bastante per le malattie contagiose, e che la temperatura di tutta la baracca si mantenga sempre a 20° c. (per peccare nel calcolo piuttosto in eccesso che in difetto).

Digitized by Google

Al raffreddamento prodotto dai muri esterni, dal pavimento, dalla volta e dalle invetriate, dovendo continuamente riparare le calorie portate nella baracca dall'aria scaldata, si proporzionò a questa somministrazione le dimensioni delle bocche di introduzione dell'aria, quelle di estrazione, la quantità di carbone occorrente, la superficie riscaldante del calorifero ad aria, e la sezione del camino di richiamo:

1. *Trasmissione di calorico per parte della baracca.*

La quantità di calore trasmesso in un'ora attraverso ad una parete di superficie S con differenza di temperatura sulle due faccie di $(T_1 - t_2)$ è data da:

$$Q = \frac{(T_1 - t_2)\, S}{\frac{1}{a_1 + i_1} + \frac{1}{a_2 + i_2} + \frac{s}{h}}$$

in cui a_1 ed a_2 sono le quantità di calore cedute per contatto dell'aria colle due faccie delle pareti.

» i_1 ed i_2 — la stessa quantità irradiata dalle due pareti stesse.

» s è lo spessore della parete.

» h il coefficiente di conducibilità interna.

Con questa formola si è calcolato:

A. Calore trasmesso attraverso ai muri esterni:

Si suppone $T_1 = 20°$ temp. della baracca,

» $t_2 = -15°$ temp. minima esterna.

S, nel caso concreto è m. q. 271,24 (dedotta la superficie delle invetriate).

a_1, per pareti verticali, è dato dalla formola:

$$a_1 = 1{,}764 + \frac{0{,}636}{\sqrt{H}}$$

Digitized by Google

dove H è l'altezza del muro; per cui sostituendo:

$$a_1 = 1{,}764 + \frac{0{,}636}{\sqrt{4{,}80}} = 2{,}054$$

$$a_2 = a_1 = 2{,}054.$$

Essendo poi i muri ad eguale temperatura, riesce nullo l'effetto delle irradiazioni di calore fra loro; quindi la formola prima data diventa:

$$Q = \frac{(T_1 - t_2)\, S}{\frac{1}{a_1} + \frac{1}{a_2 + i_2} + \frac{s}{h}}$$

$$i_2 = 3{,}60 \ldots\ldots s = 0{,}70 \ldots\ldots h = 1{,}70$$

$$Q = \frac{(20^o + 15^o)\ 271{,}24}{\frac{1}{2{,}054} + \frac{1}{2{,}054 + 3{,}60} + \frac{0{,}70}{1{,}70}} = 8975{,}37 \text{ } \textit{calorie}$$

B. Calore trasmesso dal pavimento dell'infermeria. Per questo calcolo si ha:

$$Q^1 = \frac{(20^o + 15^o)\, S^1}{\frac{1}{a_1 + i_1} + \frac{1}{a_2 + i_2} + \frac{s}{h}}$$

$$S = 324 \text{ m. q.}$$
$$a_1 = 1{,}86 = a_2$$
$$i_1 = 3{,}60 = i_2$$

$$Q^1 = \frac{(20^o + 15^o)\, 324}{\frac{1}{1{,}86 + 3{,}60} + \frac{1}{1{,}86 + 3{,}60} + \frac{0{,}20}{0{,}127} + \frac{0{,}30}{1{,}70}} = 5316{,}13 \text{ } \textit{Calorie.}$$

C. Calore trasmesso attraverso la volta dell'infermeria.

Digitized by Google

$$Q^{II} = \frac{(20^o + 15^o)\ S^{II}}{\frac{1}{a_1 + i_1} + \frac{1}{a_2 + i_2} + \frac{s}{h}}$$

$$S^{II} = 432 \text{ m. q.}$$

Il valore a_1 per le superficie cilindriche orizzontali è:

$$a_1 = 2{,}058 + \frac{0{,}0382}{R} = 2{,}0589$$

$$Q^{II} = \frac{(20^o + 15^o)\ 432}{\frac{1}{2{,}0589 + 3{,}60} + \frac{1}{1{,}764 + 3{,}60} + \frac{0{,}60}{0{,}194}} = 4355 \text{ Calorie}$$

(in queste calorie sono comprese pure quelle emesse dalla lanterna).

D Calore trasmesso dai vetri dell'infermeria.

$$Q^{III} = \frac{(T_1 - T_2)\ S^{III}}{\frac{2}{a_1 + i_1}}$$

$S^{III} = 91{,}16$ (finestre laterali e della lanterna). $a = 2{,}044 \quad i = 2{,}91.$

$$Q^{III} = \frac{(20^o + 15^o)\ 91{,}16}{\frac{2}{2{,}044 + 2{,}91}} = 7976 \text{ Calorie}$$

Il numero totale delle calorie trasmesse dall'infermeria per ogni ora, sarà:

Calorie	8975,37	dai muri
»	5316,13	dal pavimento
»	4355,00	dalla volta
»	7976,00	dai vetri
»	26622,50	

Digitized by Google

Ora sapendosi che un uomo emette in un'ora circa 100 calorie, avremo il numero di calorie emesse da 24 ammalati = 2400; le quali sottratte dal riportato totale, si avrà un residuo di 24222,50 calorie. Queste rappresentano la perdita di calore sofferta in un'ora dall'infermeria, e che vuol essere risarcita da altrettante calorie introdotte coll'aria calda ad ogni ora.

Lo stesso calcolo stabilito per la sala dei convalescenti dà una perdita di 5112 calorie; per l'avancorpo e sale unite, 7300 calorie.

Volendosi poi nell'infermeria il rinnovamento dell'aria in proporzione di m. c. 120 per letto ogni ora, si richiederà:

$$\text{m. c. } 120 \times 24 = 2880 \text{ m. c. di aria.}$$

Se t è la temperatura dell'aria calda che dalle bocche d'introduzione si versa nell'infermeria; se t_1 è la temperatura dell'ambiente richiesta, cioè di 20°; si dovrà avere l'eguaglianza:

$$0{,}237 \cdot V \cdot 1{,}3\,(t - t_1) = 24222{,}50$$
$$0{,}237 \cdot 2880 \cdot 1{,}3\,(t - 20^\circ) = 24222{,}50$$

da cui si ricava: $t = 48^\circ$.

Ossia, la temperatura dell'aria calda introdotta dovrà essere di circa 50° per mantenere l'infermeria alla temperatura costante di 20°.

(Poichè questa temperatura sarebbe eccessiva, si comprende come si possa anche introdurre con vantaggio un'aria a temperatura meno alta).

2. *Calcolo delle dimensioni delle bocche di introduzione dell'aria calda.*

La portata di aria essendo di m. c. 2880 all'ora per l'infermeria, dovrà essere di m. c. $\frac{2880}{3600} = 0{,}800$ al 1".

Digitized by Google

Se quattro sono le bocche di introduzione, darà ciascuna una portata al secondo di m. c. 0,200.

Ammettendo che la velocità di afflusso dell'aria calda nella sala sia di m. 1,00, si avrà: $S \cdot V = 0{,}200$.

$$S = \frac{0{,}200}{1{,}00} = \text{m. q. } 0{,}20.$$

Dando alla luce la larghezza di m. 0,60, si ricava la sua altezza di m. 0,33.

3. *Calcolo delle dimensioni delle bocche di estrazione dell'aria viziata.*

Posto che la velocità all'uscita dell'aria sia di m. 1,00, la superficie totale delle luci di estrazione sarà data da $\frac{0{,}800}{1{,}00} = \text{m. q. } 0{,}80$.

Essendo 24 le luci, ognuna di esse sarà: m. q. $\frac{0{,}80}{24} =$ m. q. 0,0333.

Si assegnarono alle luci le dimensioni di m. 0,25 per 0,20.

4. *Calcolo delle dimensioni del calorifero e del forno.*

Richiedendosi ad ogni ora 2880 m. c. di aria calda per l'infermeria, e m. c. 1200 per le altre sale, si ha un volume totale di m. c. 4080 all'ora.

Dovendosi scaldare quest'aria a 50°, il numero delle calorie occorrenti sarà:

$$0{,}237 \cdot 4080 \cdot 1{,}3 \cdot 50^{\circ} = 59752 \text{ calorie.}$$

Sapendosi che ogni metro quadrato di superficie riscaldante di calorifero somministra 2000 calorie all'ora; la superficie riscaldante del calorifero occorrente sarà: $\frac{59752}{2000} = 30$ m. q. di cassa da riscaldamento.

Digitized by Google

Impiegandosi il coke nel focolare, e ritenutosi il coefficiente utile di riscaldamento = 0,75, il numero dei chilogrammi di coke occorrente ad ogni ora sarà data da: 0,75 . 8000 . N = 59752, ossia:

N = 10 Kgr. all'ora di coke.

5. *Calcolo delle dimensioni del camino di richiamo per l'aria viziata.*

La formola delle velocità pratiche per camini di richiamo, resi più attivi dall'avere lungo l'asse un camino metallico che scarica il fumo del calorifero, è:

$$N = 0{,}16 \sqrt{\frac{\alpha\,(t_1 - t)\,2\,G\,H}{1 + \alpha\,t}}$$

dove N è la velocità dell'aria affluente al camino, ed H l'altezza del camino. Essendo H = m. 14, si avrà:

$$N = 0{,}16 \sqrt{\frac{0{,}00367 \,.\, 80^{o} \,.\, 19{,}60 \,.\, 14}{1 + 0{,}00367 \,.\, 1}}$$

da essa si ha: N = m. 1,60.

L'aria da versarsi nell'atmosfera ad ogni secondo essendo di m. c. 0,800, l'area della sezione inferiore del camino di richiamo sarà di:

$$A = \frac{V}{N} = \frac{0{,}800}{1{,}60} = \text{m. q. } 0{,}50.$$

Descrizione dell'edifizio per il servizio sanitario.

È un fabbricato a pianta rettangolare di m. 21 per 11, alto m. 12 a due soli piani; di stile ionico ed armonizzante colle proporzioni assegnate alle baracche ed agli altri edifizi relativi.

Digitized by Google

Il piano terreno, al pari di tutti gli altri edifizi, è sollevato di 1 metro dal suolo per ragioni d'igiene, di salubrità, e di servizio, dovendo essere questo padiglione in diretta comunicazione colle baracche e col fabbricato pel servizio amministrativo. Una comoda gradinata rivolta verso la strada introduce in un atrio di m. 3,20 per 6,50 che dà immediato adito a dritta ed a sinistra alle sale di aspetto e di visita per gli uomini e per le donne, alle sale del Dottore d'ispezione o di turno e del Medico direttore ed all'abitazione del portinaio.

Al di là dell'atrio vi è una loggia larga m. 4, lunga quanto la facciata interna del padiglione che si prolunga con due lunghi bracci a portico conducenti l'uno alla chiesa e l'altro alle sale mortuarie, mentre di fronte corre il portico di servizio per l'ospedale.

Sulla loggia immettono pressochè tutte le sale del piano terreno, la farmacia, il laboratorio pei medici, le sale di visita e di lettura, la scala del piano superiore e la latrina.

Alla farmacia si assegnarono due sale, l'una di m. 5 per 2,50 e l'altra di m. 4,10 per 3,40 con relativo sotterraneo.

Le sale di aspetto sono due, ed altrettante quelle di visita, separate affatto per ragione di opportunità e di decoro, ed accessibili ai medici per un corridoio intermedio, largo m. 1,20.

La sala del Direttore misura m. 3 per 3,50 e l'unita sala di lettura m. 3 per 2,50.

Il piano superiore è alto m. 5,50 dal pian terreno e vi si sale per una scala a sbalzo di 4 rampe, larga m. 1,20 con tromba di m. 4,50 per 2,50.

Il ripiano superiore della scala introduce in una loggia a 5 finestroni, nella quale sboccano le porte di

Digitized by Google

entrata negli appartamenti destinati al medico, direttore ed assistenti, al cappellano, ai farmacisti e ad un inserviente.

Il numero delle stanze disponibili a questo piano è di 16, numero e disposizione sufficientissima.

Dalla loggia, volendosi, si potrebbe giungere al piano superiore dell'edificio riserbato al servizio amministrativo, riducendo a terrazza il tetto del porticato generale di comunicazione.

Questa terrazza rendendo più spedita la comunicazione diretta dei due padiglioni sanitario ed amministrativo, potrebbe arrecare molti vantaggi.

È inutile l'accennare come il porticato generale ricevendo la destinazione di terrazzo alla sua parte superiore, dovrebbe ornarsi di una balaustrata od attico che lo renderebbe assai elegante senza eccessiva spesa.

Descrizione dell'edifizio per il servizio economico-amministrativo.

È un fabbricato a pianta rettangolare con due avancorpi laterali rivolti verso l'esterno: misura in lunghezza m. 36 e m. 12 in larghezza, e da esso sporgono i due avancorpi larghi m. 8,80 ed avanzati di m. 6 ciascuno.

Il fabbricato comprende due piani con sotterraneo, la sua altezza misurata dal cornicione è di m. 13,00. Il pian terreno è sollevato di 1 m. dal suolo per essere allo stesso livello delle baracche.

La facciata dell'edifizio verso le baracche è di stile ionico con bugnato toscano al suo basamento, e lo stesso stile architettonico è conservato nei lati e negli avancorpi.

Digitized by Google

La facciata del corpo centrale verso la strada esterna è a doppia loggia ionica sormontata da frontone con attico. Queste loggie servono a disimpegnare i diversi locali riuniti nello stesso edifizio ed accelerano il servizio amministrativo. L'atrio di servizio al pian terreno è largo m. 4 per 8,00, esso disimpegna tutte le operazioni di distribuzione e di provviste e da esso partono i carretti a mano sulle rotaie stabilite nel pavimento.

Vi mettono capo le sale dell'economo, la cucina, i magazzini per lingeria e gli uffizi. La loggia larga m. 4,00, lunga m. 20 conduce agli uffici, alla sala del consiglio, alle dispense, alle due scale e alle latrine.

Le sale si collocano negli avancorpi, sono composte di 4 rampe a sbalzo, larghe m. 1,80 con tromba di m. 8 per 4. Esse danno adito alle cantine.

Come vedesi dalla pianta, la distribuzione dei locali potè farsi con tutta quella larghezza di agi che conveniva a fabbricato di tanta importanza.

Le finestre del pian terreno distano dal pavimento di m. 1, sono alte m. 2,40 e larghe m. 1, 20.

Il piano superiore, che è elevato di m. 6,00 dal piano terreno, contiene gli appartamenti separati per il personale d'ufficio e di servizio.

La loggia che prospetta la strada disimpegna tutte queste parti.

Il porticato di servizio per le baracche si innesta all'atrio del pian terreno, mentre nel piano superiore è convertito in terrazza e dà accesso ai diversi appartamenti.

Le prescrizioni ed avvertenze adottate nella fondazione delle baracche saranno osservate pure in questo fabbricato, approfondando anche il fosso

Digitized by Google

perimetrale di assorbimento per rendere sane ed asciutte le cantine.

Il progetto fu provveduto di un *Computo estimativo* molto specificato, dal quale riteniamo opportuno di estrarre soltanto il seguente riassunto del prezzo totale:

Padiglione sanitario	L.	65,200
» amministrativo	»	151,221
Baracche N° 10	»	628,684
Baracche pei ragazzi, doppie, N° 2 (calcolo approssimativo) . . .	»	150,000
Padiglioni per dipendenze dello Spedale N° 6 (Id.)	»	100,000
Totale	L.	1,406,948

Ogni letto costa approssimativamente L. 4700.

Si noti che ogni letto dell'Ospedale a padiglioni Lariboisière in Parigi costò L. 17326; nell'Herbert Hospital a Woolwich, L. 8700; nel S. Thomas Hospital a Londra L. 21000. Questi tre ospedali citati sono a padiglioni riuniti, ed a più piani.

ANNOTAZIONE

Come si è accennato nell'introduzione, il progetto qui esposto fu preparato per concorso al premio annuale del R. Istituto Lombardo sul tema: « Programma di un Ospedale per le malattie contagiose adatto alla Città di Milano ».

La Commissione per l'esame delle memorie presentate venne alla deliberazione di dividere il premio fra tre di esse. Noi rispettiamo le ragioni per cui con tale delibera-

Digitized by Google

zione fu aggiudicato parte del premio a due progetti che la Commissione dichiarò non potersi applicare all'uso richiesto dal concorso; ci permettiamo però di prendere brevemente in considerazione gli appunti fatti nella sua elaborata relazione al nostro, sul quale viene dato il seguente giudizio nelle conclusioni (1) :

« *La quarta memoria è assai commendevole per semplicità ed unità di concetto, e per la scelta del tipo di costruzione. È quella che più si è avvicinata alla soluzione del tema, senza poter raggiungere la meta, per essersi trascurate alcune importanti prescrizioni igieniche ed amministrative* ».

La storia delle epidemie più antiche e le statistiche quelle più vicine a noi e presenti, le quali chichessia può facilmente consultare, e lo studio anche superficiale delle condizioni odierne della Città di Milano, ci possono abbastanza far giustizia, presso chiunque giudichi con animo imparziale, se fummo troppo severi, o se abbiamo per di più esposti fatti che non esistono, a proposito delle gravi ragioni che accennammo rendere doverosa per questa illustre Città l'erezione di un lazzaretto, come la relazione in primo luogo ne addebita; e se le eccellenti disposizioni regolamentari, che Milano possiede, le abbiano sempre valso e le valgano tuttora come una *valida difesa anticontagiosa*, come la medesima relazione con troppa insistenza afferma (2).

In secondo luogo al fattoci appunto che la capacità di 300 letti, a cui da noi si vorrebbe limitare l'Ospedale, sarebbe inferiore ai presunti bisogni (3), noi rispondiamo che restiamo fermi nella nostra opinione espressa a p. 104, perchè stimiamo in ciò avere la migliore ragione. Ma

(1) *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere — Giudizii sui Concorsi del* 1877 — Estratto dai *Rendiconti*, Vol. X, pag. 28.

(2) Loc. cit., pag. 24.

(3) Loc. cit., pag. 27.

Digitized by Google

quando poi si volesse passare sopra alle nostre considerazioni, sarebbe molto agevole nel nostro progetto, colla aggiunta di quattro baracche, il compiere la cifra di 400 letti, che pare sia la desiderata dalla Commissione.

In terzo luogo si lamenta nella relazione, che delle nostre 10 baracche, *toltene due per i sospetti e quattro per i convalescenti, ne resta un numero insufficiente per gli ammalati.* Non ripetiamo a bello studio a tal proposito la sopra addotta risposta della facile estensibilità del nostro progetto, perchè troviamo questo appunto della Commissione contrario al concetto che si deve avere, a nostro giudizio, di un *Ospedale per le malattie contagiose* richiesto dal programma.

Nessuno ci vorrà negare diffatti, come sarebbe assai pericoloso e quindi ben poco caritatevole, quando si può altrimenti, il ricoverare i solo sospetti di malattie contagiose nello stesso recinto dove giacciono tanti altri infelici più o meno gravemente da esse affetti. Nessuno ci vorrà pure negare, che sarebbe poco opportuno e dal lato igienico e da quello economico, il lasciare a lungo, nell'Ospedale stesso, i già innoltrati nella convalescenza.

Non vogliamo poi neppure rilevare l'idea che trasparisce da quanto si viene qua e là dicendo nella relazione, quasi che fosse utile il concentrare in speciali baracche i più gravemente affetti, esportandone man mano quelli che siano entrati appena nella via della guarigione. Noi non sapremmo in vero in qual altro modo più attivamente si potrebbe agire a danno dei poveri infelici che restano, per aggravarne maggiormente il male; conoscendosi bene come nulla più valga a fare più tristi le conseguenze delle malattie contagiose, che il tenerne gli affetti sotto l'influenza di un ambiente pregno del contagio stesso che ne fu causa.

Noi siamo persuasi che il ricovero dei sospetti e quello

Digitized by Google

dei convalescenti di malattie contagiose debbono trovarsi isolati dall' Ospedale che ne cura gli ammalati; e che il loro progetto, insieme a tutte le disposizioni che si riferiscono al servizio medico nella Città in rapporto al Lazzaretto, in tempi di epidemia, formano un tema da sè altrettanto ampio e difficile quanto importante, e da non confondersi con quello messo a concorso.

Non possiamo neppure, per ultimo, andare d'accordo colla relazione circa l'inopportunità di dividere il padiglione destinato all'accettazione degli ammalati, alla farmacia ed al personale sanitario, da quello dove stanno le cucine e tutto il servizio amministrativo. Noi siamo quanto altri mai convinti che la Direzione dell'Ospedale debba essere affidata al medico capo, ma non vediamo perciò ragione che renda indispensabile al medico stesso l'avere il suo alloggio piuttosto in un punto od in un altro dell'Ospedale: tanto meno poi comprendiamo l'opportunità di fare entrare gli ammalati dalla medesima parte, per cui devono necessariamente avere frequente accesso individui sani, che arrivano dalla città e che vi ritornano per le provvisioni e per tutti i rapporti molteplici che un così grande numero di ricoverati non può a meno di mantenere colla città stessa. Noi siamo invece d'avviso, che tutto il servizio indiretto dei contagiosi si possa fare altrettanto bene e con molto minore pericolo in un padiglione isolato come meglio si può dall'Ospedale, e così che tutti coloro, i quali non hanno da assistere infermi, ma che invece si debbono mantenere in relazione coi sani, non si espongano inutilmente ad essere colpiti o a servire di mezzo di trasporto del contagio.

Non insistiamo ulteriormente su queste considerazioni, le quali speriamo saranno più che sufficienti a convincere l'onorevole Commissione, che gli autori ed i regolamenti, che essa prese a base del suo giudizio, non hanno detta

Digitized by Google

l'ultima parola sulle condizioni igieniche essenziali per uno Spedale di malattie contagiose; come del resto non pretendiamo di averla detta noi, persuasi come siamo che, pure applicando al progetto di un tale Ospedale tutti i precetti che i più recenti progressi dell'Igiene ospitaliera consigliano, sempre ciò nulla meno si troverà qualcosa a correggere, quando una volta si porga mano alla sua esecuzione e si abbia la triste occasione di sperimentarne la pratica applicazione.

ESPLICAZIONE DELLA TAVOLA

Fig. I. — Pianta generale dell'Ospedale.
- *a.* Baracche per contagiosi adulti.
- *b.* Edifizio sanitario.
- *c.* Edifizio amministrativo.
- *d.* Baracche per contagiosi ragazzi.
- *e.* Bagni.
- *f.* Chiesa.
- *g.* Camera mortuaria con sala di autopsia e di disinfezione.
- *h.* Lavanderia.
- *i.* Apparecchio Süvern.
- *k.* Ghiacciaia e grande serbatoio di acqua.
- *l.* Giardini.
- *m.* Portico.
- *n.* Muro di cinta.

Fig. II. — Pianta di una baracca.
- *m.* Tratto di portico all'ingresso della baracca, col sistema di rotaie per i carretti di trasporto.
- *o.* Sala di ingresso nella baracca.
- *p.* Camera per infermieri.
- *q.* Stanza per bagno.
- *q'* Latrina (Sistema Süvern).
- *r.* Infermeria.
- *s.* Letti.
- *t.* Sala pei convalescenti.
- *u.* Scalinata verso il giardino.
- *v.* Scalinata verso il calorifero.
- *z.* Sezione del camino.

Fig. III. — Elevazione di una baracca coll'avancorpo.

Digitized by Google

Fig. IV. — Prospetto di una baracca dal portico mediano, con rappresentazione della galleria al disopra, colla quale si mettono in comunicazione l'edifizio sanitario e l'amministrativo.

Fig. V. — Prospetto di una baracca dal giardino.

Fig. VI — Sezione trasversale di una baracca.

AB. Livello del terreno.

C. Stanza del calorifero.

D. Infermeria.

E. Camino.

a. Camino del calorifero.

b. Camino di richiamo dell'aria della baracca, sormontato da

c. Apparecchio di Volpert per aspirazione dell'aria.

G. Doppio tetto con lanterna.

Fig. VII. — Sezione longitudinale.

AB. Livello del terreno.

FF. Fondamenta.

C. Stanza del calorifero.

C'C'. Galleria aperta sotto il pavimento della baracca.

DD. Infermeria.

a. Spazio fra le finestre per un letto, con presso il pavimento un'apertura, in comunicazione col camino di richiamo dell'aria.

b. Aperture del calorifero.

E. Camino c. s.

G. Volta a *plafond* della baracca.

G'G'. Lanterna.

H. Corridoio fra la camera degli infermieri e le stanze de bagno e della latrina.

I. Sala d'ingresso che mette sul portico, costituente l'avancorpo della baracca.

L. Sala di passeggio pei convalescenti, che mette nel giardino

---

BREVE NOTA SULLA PAZZIA DA SIFILIDE

Furono già tante le divisioni nosologiche della pazzia che sarebbe affatto sconveniente di aggiungervi ancora specie o varietà novelle. Però siccome attualmente si cerca di assegnare il posto alle varie vesanie preferibilmente dal punto di vista eziologico, il precipuo che possa

Digitized by Google

indicare una cura ragionevole, sul qual principio è pure in massima parte fondata la classificazione del Verga, generalmente adottata, così crediamo di dire poche parole sull' alterazione mentale proveniente, od intieramente od in gran parte, da causa sifilitica, di cui si sono occupati in particolar modo i freniatri moderni dei vari paesi, come d'una varietà meritevole di speciale attenzione.

La pazzia proveniente da causa sifilitica può vestire qualunque delle forme note in psichiatria. Le più frequenti però sono la melanconia con prevalenza d'una serie speciale d'idee, come persecutive, religiose, suicide, ecc.; la demenza con agitazione, incoerenza d'idee, impulsi ciechi, amnesia parziale o generale; ma la più frequente è la frenosi epilettica. Anche la frenosi paralitica, od almeno l'apparato sintomatico di quella demenza è prodotto talora da infezione sifilitica. Le altre forme, come la mania e la monomania, si riscontrano anche, ma più raramente. Ma se la forma del delirio debbe sempre interessare, massimamente in riguardo alle misure che si debbono prendere nella assistenza da prestarsi al malato, grandissima importanza si debbe pure annettere all'investigazione delle cause della pazzia che si ha a curare, e qui l'eziologia essendo specifica, e vincibile da rimedii specifici, acquista un grado massimo d'importanza.

Secondo il Dott. Wille, in Germania l'origine sifilitica delle pazzie sarebbe stata riconosciuta nel 2,5 per cento. Lo stesso autore nei rapporti di 47 asili inglesi, irlandesi, scozzesi ed americani, pel 1872, trova la proporzione dell'1 per cento.

Il Dottor Blandorf fa consistere la genesi della pazzia sifilitica in una lesione di nutrizione del cervello in seguito a tale infezione.

La pazzia da causa sifilitica si presenta rara negli

Digitized by Google

Ospizi pubblici, o meglio, riconoscendo una causa spesso latente e di data molto antica, è difficile ad essere conosciuta. È più facile scoprirne l'origine nella pratica privata, dove i medici di famiglia conoscono esattamente gli anamnestici dai loro malati.

La psicosi sifilitica può presentarsi alle varie fasi del morbo virulento. Si osservano alcuni casi di mania e melanconia acuta nella sifilide secondaria. Ma è assai più frequente nella sifilide terziaria, nella quale la vesania può vestire da principio i caratteri d'acutezza per poi assumere presto quelli della demenza con o senza lesioni di motilità (convulsioni, paresi, paralisi, contratture).

La sifilide costituzionale può agire in due principali maniere a produrre la pazzia o per infezione generale dell'economia e specialmente dell' encefalo, ovvero per arteriti cerebrali, per la produzione di neoplasmi, di sifilomi, generi di tumori varii nelle meningi e nelle sostanze stesse del cervello o di esostosi nell'interno del cranio, insomma di tumori di varia natura comprimenti una o più regioni encefaliche.

Nel primo caso e quando non esistano tumori che facciano pressione sui centri nervosi, è più facile che si abbia la mania, la melanconia o la demenza semplice o paralitica. Quando invece il delirio vesanico è generato dalla presenza di un neoplasma qualunque che agisce meccanicamente su d'una parte dell'encefalo, si hanno di preferenza sintomi parziali, ovvero le convulsioni epiletti-formi.

La diagnosi d'una vesania da sifilide debbe poggiare, come sempre, ma più ancora che nei casi ordinarii, sugli anamnestici remoti e prossimi. Così può mancare interamente la predisposizione ereditaria; gli antecedenti sifilitici primitivi possono essere remotissimi, cioè ascendere a dieci, venti e più anni, possono anche essere in

Digitized by Google

tempo lontano comparsi sintomi secondari che abbiano ceduto apparentemente ad una cura incompleta, e l'individuo esser vissuto per anni molti in salute apparentemente perfetta, aver generato prole sana, non aver contaminato il coniuge, e tuttavia aver portato in sè il germe sifilitico, che, o per evoluzione od involuzione successa nell'organismo per l'età, ovvero per la giunta di cause occasionali di vario genere, abbia quindi dato luogo a lavorii terziarii manifesti od occulti, ed infine alla vesania. Quando v'ha il sospetto della labe sifilitica, oltre ai soliti indizi così bene noti ai sifilografi, conviene sottoporre al più minuto esame lo stato dell'individuo.

La caduta parziale o generale dei capelli, dei sopraccigli, o quella parzialissima della barba e degli altri peli del corpo; la depigmentazione o l'eccessiva pigmentazione della cute parziale o generale; macchie, verruche, tubercoli, esostosi, ulcere ribelli alla cura ordinaria, cicatrici specialmente agli organi genitali esterni, tumefazioni ghiandolari, una midriasi od una miosi per lo più unilaterale, e restia ai rimedi ordinari, segni di pregressa iridite anche antica; strabismo unilaterale che dati solo da qualche tempo; ticchii, moti convulsivi coreici anche parzialissimi; anestesia, e paresi motorie parziali anche di un solo muscolo, specialmente della faccia, essendo i nervi 3° e 7° i più frequentemente lesi nella loro origine dalla sifilide; cefalalgia, ulcere alle gengive, alle fauci, cefalalgia notturna, sintomi di lenta epatite che coincidono con altri più manifestamente sifilitici, emorroidi interne od esterne non abituali per l'innanzi al malato; insonnia, dolori osteocopi, e molte altre affezioni parziali o generali proprie della sifilide costituzionale secondaria o terziaria, e che sono così bene insegnate nella clinica speciale.

Ora diremo qualche cosa dei caratteri che offre in particolare la vesania di tale origine.

Digitized by Google

Oltre alla non necessaria presenza della predisposizione ereditaria, della congenita per deformità di cranio od anomalie varie dell'organismo, il quale può essere regolarissimo, mancano pure sovente altre cause occasionali fisiche, e morali apprezzabili, allo sviluppo della pazzia di origine sifilitica. L'ingruenza di questa è per lo più rapida e con sintomi generali febbrili, delirio con agitazione e furore, ovvero con tristezza, allucinazioni ed impulsi varii. La forma di demenza si palesa con amnesia parziale, discorsi ed atti incoerenti, apatia morale.

Però queste alterazioni psichiche presentano notevoli oscillazioni nell'intensità dei loro sintomi, e, senza intermettere pienamente, danno luogo ad intervalli anche brevissimi di lucidità in cui si manifesta energia di mente, segno che la compage cerebrale non è irreparabilmente lesa, ma soltanto oppressa da una causa estranea che ne turba ed incaglia le funzioni. Così pure non si osserva solitamente in questa vesania una fase regolare d' aumento, di stato e di declinazione, come in quella da processo morboso nervoso o subflogistico, ma si mantiene lungo tempo allo stesso grado, per poi, se non curata specificamente, volgere a male: il delirio, l'agitazione, il furore non si calmano coi mezzi ordinarii, frequenti sono le lipotimie, forse per lesioni delle valvole cardiache; anche gli accessi convulsivi parziali o generali, coreiformi od epilettiformi, sovente possono precedere o tener dietro alle alterazioni psichiche. Però questi accessi, quando assumono la forma epilettica, offrono qualche apprezzabile differenza dall'epilessia congenita od acquisita per cause ordinarie. Le convulsioni sono preferibilmente parziali, non costante è la perdita intiera di coscienza, nè regolare la successione delle convulsioni toniche e cloniche, nè il periodo comatoso generalmente tanto protratto come nell'epilessia comune. Vi sono vertigini, afasia, ambliopia

Digitized by Google

amaurotica, diplopia, paralisi facciale, dolori fissi, trepidazione delle membra, ecc. Quando la vesania da sifilide prende la forma di frenosi paralitica, presenta pure differenze dalla solita e proveniente da rammollimento della sostanza cinerea, da cause comuni. Le idee non tanto incoerenti, e, se orgogliose, non tanto iperboliche, come nei casi ordinari; la percezione e la coscienza per lo più meglio conservate; le lesioni di motilità piuttosto parziali che generali; la forza muscolare, a meno di complicazione di anemia od a meno che la malattia sia avanzatissima, è più conservata; così le lesioni di sensibilità sono anche solitamente limitate.

Tale forma di vesania fatalmente progressiva nei casi di rammollimento cerebrale, quando proviene da causa sifilitica è più stazionaria, e dà tempo ad una cura anche lunga, efficace, se specifica, mentre la demenza paralitica ordinaria vi è refrattaria.

La prognosi invero della pazzia da sifilide, qualunque ne sia la forma, è piuttosto favorevole, eccettuato che vi sia già una labe progressiva irrefrenabile o complicazioni viscerali gravi. Prima però d'intraprendere la cura specifica conviene che, o da qualche sintomo esistente, o da dati anamnestici sicuri emerga la scientifica certezza della sua natura. Perciocchè una tal cura, quando non fosse richiesta dalla natura della malattia, non sarebbe soltanto inefficace, ma dannosa e causa di cachessia; quando invece è veramente indicata, riesce non solo a vincere intieramente la malattia esistente, ma ancora a prevenire le recidive in modo più sicuro che non accada delle altre vesanie. La causa specifica sarebbe distrutta da un rimedio specifico.

La scelta della cura non è neanco indifferente e tocca ad una specialità coltivata presso di noi da clinici insigni, ai consigli dei quali sottoporremmo volontieri il nostro

Digitized by Google

umile giudizio. Diremo soltanto che da alcuni, specialmente inglesi, si propugna la cura iodica, si supponga la vesania dipendente da sifilide secondaria o terziaria. Tale cura può sempre essere tentata da principio, segnatamente nella sifilide terziaria. Noi vidimo però delirii vesanici svilupparsi in individui che avevano fatto larghissimo uso di ioduro di potassio e migliorare e guarire con la cura mercuriale. Il protoioduro d'idrargiro è rimedio prezioso; il deutocloruro è efficacissimo, ma esige severissime precauzioni e non dovrebbe usarsi che in condizioni favorevoli e colle più minute circospezioni. La cura forse, la più sicura, è ancora la classica delle frizioni mercuriali usate nella dose, nei modi e per il tempo necessario all'estinzione completa del virus sifilitico che sostiene la malattia. La cura idrargirica debb'essere preceduta da una preparatoria che allontani il più possibile le complicazioni, e debb'essere seguita da una cura igienica atta a rinvigorire le forze del convalescente, ed a liberare l'organismo da ogni residuo del morbo ed anche dalle sostanze medicamentose che non sono più necessarie.

Accennerò ancora ad una singolare specie di ipocondria che ha rapporto colla sifilide, ed è la fissazione che taluni individui sensibili ed inclinati alla melanconia hanno di esser affetti da sifilide occulta. Dessi o non contrassero mai, o contrassero realmente affezioni sifilitiche primarie, ma dalla cura che affermano di avere fatto, e dalla mancanza assoluta d'ogni sintomo di sifilide secondaria o terziaria si può avere la certezza morale che ne vanno intieramente immuni, e che la loro è una fissazione morbosa, o la così detta *sifilofobia*. Certamente che conviene usare molta prudenza e cautela prima di giudicare per immaginaria la causa di tale monomania, delle allucinazioni od illusioni, e di tutte le sensazioni che i malati accusano,

Digitized by Google

ma quando non si avesse alcun dato per stabilire una genesi sifilitica del morbo melanconico, si dovrebbe cercare di vincere questo colla persuasione, il che però è quasi sempre impossibile, ovvero coi mezzi ordinari, attribuendo loro agli occhi del malato una virtù antisifilitica, o se non si vuol usare l'inganno, depurativa.

PORPORATI.

Questa breve Nota era in corso di stampa quando ci giunsero i fascicoli 3° e 4° della *Rivista Sperimentale di Psichiatria*, 1877, in cui si legge un'interessante osservazione di sifilide cerebrale con dotti e precisi commenti, diagnostici del Dott. Seppelli che la raccolse alla clinica dell'egregio sig. Prof. Muzzi di Bologna.

Non si tratta di alienazione mentale, ma di emiplegia destra, afasia ed amnesia con ricorrenti convulsioni e contratture in donna giovane da arterite sifilitica cerebrale con trombosi delle arterie lenticolo-striate.

Riferiremo solo testualmente gli insegnamenti che il prelodato Dott. Seppelli trae da quella accurata osservazione, dolenti di non poter trascriverne più diffusi ragguagli.

Tali insegnamenti sono:

1° Che fra le diverse forme cliniche, sotto le quali si può manifestare la sifilide cerebrale, vi ha pure una forma emiplegica (Haubner).

2° Che l'andamento irregolare dei sintomi, la loro istantaneità, la loro grande variabilità e nel grado e nel numero indicano molto probabilmente una lesione cerebrale d'origine sifilitica.

3° Che una emiplegia insorta lentamente in persona piuttosto giovane ed immune da una lesione degli organi cardio-vascolari tiene ad un rammollimento cerebrale da trombosi.

Digitized by Google

4° Si conferma sempre più che la emiplegia nei sifilitici è il più delle volte preceduta per un tempo più o meno lungo da fenomeni molteplici e svariati.

5° La cura mista fatta coi preparati mercuriali e jodici è quella che meglio corrisponde nelle lesioni nervose di natura sifilitica.

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Corea ritmica isterica *del Prof.* Charcot. — Riferiamo con qualche estensione questa osservazione, o meglio lezione dell'illustre Prof. Charcot alla Salpêtrière di Parigi, la cui competenza nelle malattie nervose, ora studiate con tanto ardore, è da tutti riconosciuta.

Una giovane di 19 anni, perfettamente conscia de'suoi atti, e di buona salute fisica e generale è coricata nella clinica della Salpêtrière. Quello che colpisce di più sono dapprima i grandi ed incessanti movimenti da cui sono presi la testa, il tronco e le membra del lato destro del corpo. A prima vista, tali movimenti paiono disordinati, e sembra difficile di sottometterli all'analisi. Però un esame più attento permette di riconoscervi un certo numero di tratti generali. Così l'agitazione può essere decomposta per ogni regione in movimenti alterni di flessione e di estensione, sempre gli stessi ed uniformi.

Il tronco s'inflette fortemente sul bacino trascinando la testa che a sua volta si piega sul petto e v'ha un momento in cui la fronte dista ben poco dal ginocchio destro, il quale in quell'istante si trova nell'estensione forzata. Poi la testa e il tronco si dirizzano descrivendo un semicircolo in senso opposto, così che il dorso e poi l'occipite ricadono pesantemente sul guanciale: quasi immediatamente dopo il moto di flessione ricomincia seguito tosto da quello di estensione e così di seguito. Si direbbe l'immagine d'un saluto profondo e ripetuto, reso ridicolo dalla sua stessa ripetizione ed esagerazione.

Digitized by Google

Si noti che questi atti si riproducono secondo un ritmo regolarissimo. Oggi, dice il Prof. Charcot, ne contiamo da 30 a 40 per minuto, ieri ed avant'ieri l'agitazione essendo più grande, dessi variarono nello stesso tempo da 40 a 80. Contemporaneamente le membra destre si estendono in modo simultaneo, e poi si flettono seguendo lo stesso ritmo.

L'Autore continua a descrivere tutti i moti della testa, del tronco e delle membra della malata insistendo sempre nel notare che sono ritmici e ripetuti sempre regolarmente. Nota ancora come, quando la testa è riversata all'indietro, si osserva una smorfia nella faccia consistente nella deviazione all'infuori dell'angolo destro della bocca; nel quale istante, se si dice alla malata di sortire la lingua, questa si scorge pure deviata a destra. La parola in tal caso è pure imbarazzata in modo particolare che l'Autore chiama *zézeyement*, per cui invece di dire *chausson* dice chau-chon; invece di chanson chan-chon.

Questi moti ritmici sono limitati al lato destro, poichè la malata colla mano sinistra può portare un bicchiere d'acqua alla bocca senza versarne una goccia, anzi può anche scrivere qualche parola intelligibile. Tale serie di moti coreici duravano già da 10 giorni in modo incessante, meno però nel sonno. Nello svegliarsi le parti solite ad essere agitate dai moti ritmici si fanno dapprima rigide, immobili per qualche tempo, e quindi sono di nuovo preso dai movimenti suddetti. Fatta alzare, la malata si appoggia colla mano sinistra al letto, e la si fa camminare sorretta da una persona, incede a sbalzi come se volesse danzare la *mazurka*.

L'Autore, secondo i vari gruppi di moti che osserva, dice che la corea attuale potrebbe appellarsi per un riguardo *malleatoria* e per un altro *notatoria*. L'essenziale però si è che è ritmica, ed estesa ad una grande quantità di muscoli in modo da meritare il nome di *chorea major*.

Dopo ciò l'Illustre Prof. soggiunge doversi ritenere di natura isterica, ossia essere una delle tante varietà dell'isteria. Infatti gli antecedenti della malata provano che fin dall'età di 13 anni andava soggetta ad accessi convulsivi, che dai 15 ai 17 anni assunsero la forma dal Charcot chiamata *isteria ovarica*; e così prima della menstruazione; questa essendo comparsa solo or

Digitized by Google

sono due anni, non modificò per nulla gli accessi convulsivi. Tale fatto e molti altri provano che l'attività dell'ovaia è per un tempo notevole anteriore allo stabilirsi della menstruazione, e che perdura anche indeterminatamente dopo di questa.

Ecco ora i principali sintomi indicanti in questa malata l'isteria locale: *ovaralgia* destra, fissa, sempre presente ad un certo grado. Il dolore iliaco con cui ella si manifesta si esalta spontaneamente all'avvicinarsi della crisi, e si inasprisce colla pressione. È a livello di questo punto doloroso che sembra prendere origine la sensazione d'*aura* premonitoria degli attacchi per ascendere allo epigastrio, al cuore, al collo, alla testa ecc. Tutto il lato destro del corpo è in stato di anestesia completa al dolore. C'è pure termo-anestesia intiera, e abolizione della sensibilità specifica: anosmia alla narice destra, agheustia alla metà destra della lingua, diminuzione dell'udito all'orecchio destro, ambliopia con discromatopsia dell'occhio destro. Da quest'occhio la malata ha perduto completamente la percezione dei colori detti centrali, il violetto e il verde; mentre distingue ancora nettamente i colori periferici, come il rosso, l'arancio, il giallo e il turchino. A questa emi-anestesia corrisponde una depressione della forza muscolare. Notisi la coincidenza del dolore ovarico a destra con tutte le lesioni di moto e di senso pure a destra. Egli è dal lato destro che si osservano le convulsioni, e la rigidezza del tronco e delle membra.

Nostra malata, soggiunge ancora il sig. Charcot, sarebbe secondo il linguaggio del sig. Burcq un'isterica *polimetallica*. Ella è sensibile all'oro ed allo stagno, vale a dire che se le applicate su di una regione qualunque del lato anestetico una placca di stagno od una pezza d'oro, voi noterete, dopo 10 o 12 minuti di applicazione, che la sensibilità d'ogni genere si è ridestata non solo sotto la placca metallica, ma in un'estensione notevole al di sopra e al disotto. Vi sono, secondo Burcq, delle isteriche sensibili esclusivamente all'oro, altre al ferro, altre al rame, al zinco, all'argento. Ma vi sono pure, come la nostra malata, delle isteriche polimetalliche.

Il ritorno della sensibilità per l'applicazione di placche metalliche non è carattere distintivo dell'anestesia isterica. Il Prof.

Digitized by Google

Charcot cita due casi di anestesia per causa organica cerebrale antica, che diede luogo alla sensibilità normale coll'applicazione di placche metalliche. Anzi il ritorno della sensibilità in tali casi è definitivo e permanente, mentre che l'anestesia isterica, scomparsa per l'applicazione metallica, dopo i mezz'ora, due ore, 24 ore dacchè si tolsero i metalli, ritornò, e tale differenza d'esito può dirsi caratteristica delle due anestesie, organica ed isterica.

Le crisi convulsive della malata sono pure degne di studio. Infatti le diverse fasi che compongono un accesso istero-epilettico si succedono con una rimarchevole regolarità: 1ª fase, convulsioni epiletiformi generalizzate, terminate con un breve periodo sterteroso: 2ª fase, convulsioni cloniche per eccellenza: 3ª fase, attitudini indicanti passioni diverse, o se volete *pose plastiche*.

Il periodo del delirio consecutivo è appena abbozzato. Questa serie di fenomeni si succede sempre regolarmente. S'aggiunga ancora, dice il Prof. Charcot, un carattere molto essenziale, ed è che la compressione metodica della regione ovarica destra fa cessare immediatamente i fenomeni dell'accesso, qualunque sinno, ed a qualunque periodo la compressione sia praticata.

Il Prof. Charcot si fe' quindi a dimostrare che la corea ritmica non è già una complicazione fortuita, ma che si rannoda con stretti legami alla diatesi isterica a cui è subordinata, come lo sono le paralisi, le contrazioni e le convulsioni.

E primieramente la corea nella malata in discorso incominciò or sono dieci giorni in seguito ad un accesso, cioè nelle circostanze in cui si sviluppano le lesioni di motilità, paralisi, contrazioni e simili fenomeni appartenenti all'isteria ordinaria. Notisi che quell'accesso non fu seguito da quel senso di sollievo che tien dietro agli attacchi ordinarii, di modo che la corea ritmica parve quasi essere stata una continuazione dell'accesso medesimo. Ma un'osservazione ancora più importante si è che la compressione metodica della regione ovarica destra ha per risultato l'arresto delle convulsioni ritmiche.

Questa compressione dell'ovaio destro fa bensì cessare i movimenti ritmici delle membra, ma queste non ricuperano perciò la loro motilità normale, ma rimangono rigide. Questa contrattura delle membra rassomiglia a quella che coglie per un dato tempo

Digitized by Google

la malata al mattino appena destatasi, e che precede l'agitazione ritmica. Sembra quasi che la corea ritmica e gli attacchi isterici si compensino, e siano come equivalenti l'una degli altri. La compressione metodica d'altronde non dissipa, ma sospende solo, finchè è continuata, i moti ritmici; cessata la compressione, questi si risvegliano come prima.

Da quanto si disse finora, l'onor. Autore ne trae la conclusione che la corea ritmica dipende dall'*ovario* come le convulsioni isteriche ordinarie, e costituisce uno dei caratteri della diatesi isterica.

Passando poi al lato pratico, l'illustre Professore si fa la domanda, se nel caso preso a studiare, i moti ritmici coreici che surrogarono la paralisi e le contratture muscolari, solite a tener dietro agli attacchi istero-epilettici, dureranno immutati sino ad un novello attacco convulsivo, o se sarà possibile di farli cessare colla compressione metodica della regione ovarica destra? Egli crede questo possibile, avendo visto che colla compressione ovarica continua od interrotta solo per pochi minuti e protratta ad alcune ore, vide a scomparire la paralisi, le contrazioni muscolari, il mutismo stesso d'origine isterica. Nello stesso modo è probabile che si arrestino i moti coreici. Però tale compressione metodica e continuata ad ore non è sempre possibile per varie ragioni. Può ancora giovare l'applicazione d'un sacco di ghiaccio sull'ovaia per una mezz'ora e ripetuto lungo tempo ad intervalli di pochi minuti. Ma l'effetto che se ne ottiene è fugace.

L'Autore crede siano da preferirsi le inalazioni d'etere o di nitrito d'amile. Le inalazioni d'etere, dice egli, meritano d'essere studiate, poichè sono capaci talora di svelare la malattia che è latente, ovvero di provocare una o l'altra fase dell'attacco, od anche la serie intiera dei fenomeni di questo, il quale forma come una crisi, e dissipa sintomi gravi che duravano da lungo tempo.

In quanto al nitrito di amile, dice l'Autore, fu visto da Bourneville a far cessare di botto e definitivamente un parossismo istero-epilettico anche de' più salienti. Perciò si propone nel caso di cui si tratta di usare da prima le inalazioni eteree, e se queste falliscono, di ricorrere a quelle di nitrito d'amile (1).

(1) Crediamo di far osservare doversi gli anastetici usare colla massima

Digitized by Google

Con questi mezzi si spera di liberare la malata dalle convulsioni ritmiche che la straziano, ma la cura della diatesi isterica esige, dice il Professore, uno sviluppo e mezzi assai più efficaci. La corea ritmica delle isteriche fu studiata già da vari autori, e in specie da Sée e Trousseau, il quale ultimo le aveva attribuito per caratteri speciali l'armonia e la regolarità dei moti coreiformi, non che la possibilità di essere moderati dalla volontà della malata. L'Autore però dice che quest' ultimo carattere non è costante, e la malata in discorso, per sforzi che faccia di volontà, non può modificare i moti ritmici da cui è travagliata.

Soggiunge poi ancora che non tutte le coree isteriche sono ritmiche e ne cita infatti dei casi in cui i moti coreici, che succedono agli attacchi istero-epilettici, sono irregolari e moltiformi.

Se però sono veramente d'origine ovarica, si sospendono anche colla compressione metodica o d'una o di entrambe le ovaie.

Ecco ora alcuni ragguagli sull'andamento dei fenomeni della malata presa a studiare:

12 *novembre* 1877 — Inalazione d'etere. Questo mezzo determina un delirio simile a quello che si osserva durante i parossismi, loquacità, allucinazioni, modificazioni varie della fisionomia. Questo delirio continuò per circa due ore e in tal tempo i moti ritmici erano sospesi. Poi la malata ebbe tre attacchi, dopo de' quali seguì una contrattura delle membra del lato destro, e quindi successero per alcune ore i moti ritmici consueti, dopo di cui la malata s'addormentò.

13 *novembre* 1877 — La malata in preda ai moti ritmici descritti è sottoposta alla inalazione di nitrito d'amile: cessa ogni agitazione per alcune ore, poi la malata è presa da tre fieri attacchi convulsivi, dopo di cui i moti coreici ritmici ritornano. Una nuova inalazione di nitrito d'amile li sospende ancora una volta.

cautela nell'istero-epilessia, specialmente poi nei parossismi, in cui la malata esse do od intieramente o quasi intieramente priva di coscienza, il criterio della tolleranza resta limitato al polso ed alla respirazione che pel fatto delle convulsioni possono pure essere naturalmente alterati.

Digitized by Google

14 *novembre.* L'ammalata non ha più movimenti ritmici, ma bensì contrattura dell'arto inferiore destro della mandibola e della lingua. Queste contrazioni cedono a nuova inalazione d'etere e la malata trovasi per questo giorno nel suo stato ordinario.

15 *novembre.* Oggi presenta moti coreiformi irregolari e non più ritmici.

18 *novembre.* I moti coreici irregolari continuano e sono anzi più marcati che tre giorni fa.

19 *novembre.* Ieri la malata ebbe attacchi convulsivi dalle 8 pom. a mezzanotte; poi fu tranquilla fino alle 8 di questa mane, poi fu dinuovo presa da attacchi convulsivi in numero di 25 sino all'una pom. Da allora i moti coreici cessarono definitivamente. (*Progrès méd.* n° 6,7, 1878).

NOTIZIE

Programma dei concorsi ai premi proposti dalla R. Accademia di Medicina di Torino — Tema del sesto concorso al premio Riberi di **L. 20,000** — *Fisio-patologia del sangue.*

Le condizioni del concorso sono le seguenti:

1° Sono ammessi al concorso i lavori stampati o manoscritti dettati in lingua italiana, francese o latina.

2° I lavori stampati devono essere editi dopo il 1876 e saranno inviati in doppio esemplare all'Accademia, franco di porto.

3° I manoscritti devono essere in carattere intelligibile e rimarranno proprietà dell'Accademia, essendo fatta facoltà all'autore di farne estrarre delle copie a proprie spese.

4° Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro manoscritto, questo dovrà essere reso di pubblica ragione dallo autore prima di ricevere l'ammontare del premio, ed inviarne due copie all'Accademia (1).

(1) Il tempo utile per le presentazioni scade addì 31 dicembre 1879.

Digitized by Google

5° Siccome sono pendenti delle trattative coll'erede del compianto prof. Riberi per rendere il premio perpetuo, così l'Accademia si riserba di stabilire il tempo utile in cui le opere dovranno essere inviate alla medesima; ad ogni modo esso non sarà minore di tre anni dall'epoca della pubblicazione del presente programma.

Torino, 1° gennaio 1877

OLIVETTI *Presidente.*
GIACOMINI *Segr. Generale.*

Tema del primo concorso fondato dal Signor Prof. BONACOSSA di **L. 600.**

Tema:

Quale scopo devono avere i pubblici Manicomi presso i popoli civili, e quali uffizii possono competere ai Medici nella direzione di essi.

Indicare i differenti fini dei Manicomi; far conoscere le condizioni materiali e morali di quelli d'Italia, estendendo, se vuolsi, tali notizie ad Istituti di paesi stranieri, lo che a parità di merito per gli altri riguardi, contribuirà a rendere maggiormente pregevoli gli scritti dei concorrenti.

Le condizioni del concorso sono le seguenti:

1° I lavori manoscritti, o stampati, dovranno essere presentati all'Accademia con tutto il 31 dicembre 1879.

2° Saranno dettati in lingua italiana, latina, o francese, e rimarranno proprietà dell'Accademia, fatta facoltà agli autori dei manoscritti di farne prendere copia a loro spese.

3° I lavori stampati dovranno essere editi nel quadriennio 1876-77-78 e 79.

Torino, 30 novembre 1875.

Il Presidente BRUNO.

N. B. — Avendo nel nostro Giornale pubblicato una sola volta i programmi dei concorsi al 6° premio Riberi, ed al premio Bonacossa, crediamo di rinnovarne ancora una volta la pubblicazione.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 8ª settimana

dal 17 al 23 febbraio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	5	3	8	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	5	2	7
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	2	3	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	»	1	1	» nervose	»	1	1
Difterite e croup	3	2	5	» ematiche	»	»	»
Coclussie	5	2	7	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	»	»	»
Morbillo	»	1	1	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	3	3
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	1	1	2				
» tifoidea e tifo	2	2	4	TOTALE	79	61	140
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	12	9	21
Malattie chirurgiche e traumatiche	7	2	9				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 8ª settim.ma	91	70	161
Malattie dell'appar.º respiratorio	25	16	41	» nelle settim.e precedenti	521	594	1115
» dell'apparato dell'alimentazione	6	9	15				
» dell'app.º cardio-vasale	7	5	12	TOTALE complessivo	612	664	1276
» del sistema nervoso	1	4	5				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	1	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	543	528	1121
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 8ª settimana	71	59	130	3	8	11
Nelle precedenti	468	458	926	55	28	83
TOTALE COMPLESSIVO	539	517	1056	58	36	94

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta dell'8 febbraio 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Porporati, Perotti, Bizzozero, Mosso, Berruti, Perosino, Gibello.

È presente il Dott. Tizzoni per una lettura.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente seduta, il Segretario Generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Annuario della Società dei naturalisti in Modena, Serie 11, anno XI, fasc. 3° e 4°. Modena, 1877.

Atti della Reale Accademia delle Scienze di Torino, pubblicati dagli Accademici Segretari delle due classi, Volume XIII, disp. 1ª (novembre 1877). Torino, 1878.

Bruzza *Dott.* Antonio Luigi — *Norme di igiene navale.* Genova, 1878 (Estratto dal Giornale *la Salute*).

Castiglioni *Dott.* Pietro — *Sull'ordinamento della sanità nel Regno — A S. E. il Ministro dell'Interno*, Roma, 1878.

Clément *Doct.* E. — *Des tremblements consécutifs aux maladies aigües.* Lyon, 1877 (Extrait du *Lyon Médical*).

Opera Pia Barolo. Torino, 1878.

Pini *Dott.* Gaetano — *Pio Istituto dei rachitici in Milano*, Anno 11. Relazione sanitaria e amministrativa per l'anno 1876. Milano, 1877.

Resoconto delle adunanze e dei lavori della Reale Accademia Medico-chirurgica di Napoli, tomo XXXI, fasc. 4° (settembre a dicembre 1877). Napoli, 1878.

Digitized by Google

RIPA *Dott.* LUIGI — *La medicina comunale o la civiltà igienica*, Anno XVIII, febbraio. Seregno, 1878.

RIZZETTI *Dott.* GIUSEPPE — *Bullettino medico statistico della città di Torino*, N. 34, Torino, 1878.

Il **Presidente** presenta una lettera d' invito ai funerali, che avranno luogo il 9, per il Re Vittorio Emanuele, ai quali egli avrà l'onore di rappresentare l'Accademia.

Il **Presidente** dà quindi la parola al Dott. Tizzoni per la lettura di una sua Memoria sulla *Patologia del tessuto nervoso.*

Terminata questa lettura, il **Presidente** ringrazia il Dott. Tizzoni. La Memoria letta verrà pubblicata nel Giornale dell'Accademia.

Poi la seduta è levata.

Il Presidente **Olivetti.**

Il Segretario particolare **Colomiatti.**

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

IL SISTEMA NERVOSO E LA TEMPERATURA ANIMALE

Studi sperimentali del Prof. CAJO PEYRANI

A ben poca cosa si riducevano, ancora 30 anni addietro, le cognizioni scientifiche circa la influenza del sistema nervoso sulla termogenesi animale. Si conosceva che vi ha abbassamento nella temperatura delle parti sottoposte al punto del midollo spinale, affetto da mielite cronica con perdita del sentimento, effetto che ottennero pure Weinhold e Philip col taglio del midollo spinale operato sopra cani. Il Chossat (1)

(1) CHOSSAT. *Influence du système nerveux sur la chaleur animale.* Paris, 1820.

Digitized by Google

ebbe pure per risultato della sezione del midollo spinale una diminuzione considerevole nella temperatura, ma avendo notato come questo abbassamento scemasse sempre più a misura che la sezione era fatta più in basso, così egli ritenne che la diminuzione del calore fosse da ascriversi alla conseguente paralisi del grande simpatico, e conchiuse che questo nervo è la sorgente dello sviluppo del calore animale.

Ad annebbiare questi pochi risultamenti sperimentali, e ad invogliare e spingere altri fisiologi alla ricerca del vero, vennero dopo ad accamparsi i corollarii emananti dalle esperienze di Nasse (1), Brown Séquard (2) e Schiff (3), i quali si trovavano in perfetta antitesi coi precedenti. Difatti Nasse ebbe sempre a notare accresciuta la temperatura dopo il taglio del midollo spinale, ma questo effetto egli l'attribuiva alla febbre sopravveniente per il traumatismo. Brown Séquard osservò come, dietro la emisezione del midollo spinale nella regione dorsale, avvenisse sempre aumento di temperatura in tutto il membro posteriore dello stesso lato della emisezione, ed abbassamento in quello del lato opposto; aumento che fu notato pure da Schiff, ma solo per la gamba, piede e dita dello stesso lato (meno la coscia perciò), e non costantemente accompagnato da una diminuzione nell'arto dal lato sano.

Spettava al grande fisiologo Claudio Bernard, la cui grave perdita recente lasciò in lutto tutta la repub-

(1) Nasse. *Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie.* Bonn, 1839, e *Rheinischen und Westphalien Correspondenz blatt* del 1843, 44, 45.

(2) Brown Séquard. *Experimentelle researches applied to Physiologie and Pathologie.* New-York, 1853.

(3) Schiff. *Untersuchungen zur Physiologie des nervensystems.* Frankfurt am Mein 1855.

Digitized by Google

blica scientifica, il portare i primi raggi di luce in così importante questione (1). Fino dal 1852 Bernard scoprì come la sezione del filamento di comunicazione fra il ganglio cervicale superiore e l'inferiore del simpatico, oppure la ablazione dei ganglii cervicali di questa porzione del sistema nervoso, abbiano per risultato il riscaldamento di tutta la metà corrispondente della testa e l'aumento della sensibilità; soggiungendo però che la caloricità non era sempre in ragione diretta della vascolarizzazione delle parti, e che la galvanizzazione del capo centrale del grande simpatico nel collo faceva scomparire ogni traccia di disturbo prodotto dal taglio del nervo, cioè faceva contrarre i vasi sfiancati da paralisi ed abbassare la temperatura. Per Bernard il simpatico è un nervo costrittore fisiologicamente, e la sua paralisi si trae dietro quando la sola dilatazione dei vasi sanguigni, ai quali esso si distribuisce, quando la elevazione della temperatura; la accelerazione nella circolazione, che notasi dopo la sua sezione, è un effetto della maggior attività sôrta nei fenomeni termochimici.

Onde rispondere preventivamente alla obbiezione, che gli si sarebbe potuto muovere, se cioè questa disparità nella temperatura delle due metà della testa e collo sarebbesi mantenuta indipendentemente dalla temperatura del mezzo ambiente, Bernard collocò un coniglio, cui era stato sezionato il simpatico, in una stufa a temperatura superiore a quella del corpo, e notò come il calore della metà del capo dal lato della eseguita sezione del simpatico non fosse cresciuto, ma bensì si fosse elevato quello della metà della testa

(1) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences de Paris*, 1852, e quasi tutti i lavori del Bernard pubblicati dal 1854 al 1876.

Digitized by Google

dal lato sano. Inoltre osservò che, in pochi istanti, tutte le parti del corpo del coniglio eransi messe in armonia di temperatura.

Posto allora un altro coniglio in un ambiente, la cui temperatura era al dissotto di quella del corpo, ottenne per risultato che il calore della metà della testa, dallo stesso lato della sezione praticata del gran simpatico, era superiore di 10° a 12° C. a quella del lato sano. Per converso, egli notò costantemente che la temperatura della orecchia, e di tutta la metà della testa dal lato del simpatico tagliato, era al disotto di quella del lato sano in cani cloroformizzati, giacchè il cloroformio dapprima eccita i nervi di senso e produce maggior calore, poscia produce la risoluzione muscolare e l'abbassamento nella temperatura. In altri animali, che erano curarizzati, Bernard notò effetti termici molto diversificanti, a seconda del tempo trascorso dalla iniezione ipodermica del veleno muscolare. Contrariamente a quanto assevera Riegel, che cioè, dal momento della applicazione del curare sino a quello della morte dell'animale, questo dimostri sempre ai mezzi esploratori della termalità un sensibile abbassamento nella temperatura del corpo, Bernard vide alla immediata iniezione curarica seguire iperemia attiva e maggior calore, dovuti alla eccitazione delle fibre dilatatrici dei nervi vasomotori, e più tardi un abbassamento di temperatura dovuto alla paralisi delle fibre dilatatrici di quei nervi e al conseguente restringimento dei vasi capillari; per ultimo iperemia passiva ed elevazione di temperatura, per la paralisi dei nervi costrittori e conseguente sfiancamento dei vasi capillari.

I fatti sovraccennati, dimostranti la influenza del grande simpatico sulla calorificazione e contrattilità

Digitized by Google

dei vasi, furono riconosciuti esatti da parecchi fisiologi, ma ne diversificò la interpretazione. Da Budge la accresciuta calorificazione susseguente il taglio del grande simpatico, è attribuita a quel punto del midollo spinale, ove la regione cervicale si unisce alla dorsale, e che egli chiama regione cilio-spinale. Anche Waller ritiene il fenomeno doversi alla lesione della regione cilio-spinale, la quale induce una paralisi delle arterie della faccia, — perchè il filo del simpatico è motore — le quali si rilasciano e vengono dilatate dalla maggiore quantità di sangue che vi affluisce, e che vi si fa quasi stazionante; a lui si accostano Brown Séquard e Schiff, i quali ritengono pure che la accresciuta calorificazione, nel fatto concreto, abbia ad ascriversi alla stasi sanguigna per paralisi delle fibre muscolari delle pareti arteriose.

Risalendo ad un'epoca alquanto anteriore a quella della scoperta di Bernard, cioè al 1837, il Chirurgo inglese Brodie osservò come, in seguito allo schiacciamento, per caduta, del midollo spinale nella porzione inferiore della regione cervicale in un uomo, questi presentava, 42 ore dappoi, aumentata di 6°, 4 la temperatura del corpo (1); fatto che venne constatato eziandio dalle sezioni totali e dalle emisezioni del midollo spinale, operate da Brown-Séquard, Vulpian, Schiff, von Bezold ecc., e da moltissimi altri nuovi fatti clinici, analoghi a quelli di Brodie, riferiti da Billroth, Simon, Frerichs, Fox, Teale, ecc., nei quali si ebbe aumento di calore di 4°, 9, di 7°, 5, di 6°, 1 dopo brevi ore dalla patita lesione traumatica.

In tutte le surricordate esperienze fisiologiche ed osservazioni cliniche, chiaro emerge una stretta rela-

(1) Brodie. *Medico-Chirurgical Transaction*, London, 1837.

Digitized by Google

zione, una vera concomitanza fra le altezze termometriche e la velocità con cui il sangue corre in una data provincia del corpo. Or bene, la circolazione sanguigna è regolata da due fattori precipui, l'impulso motore del cuore cioè, e la resistenza dei vasi sanguigni (dilatazione o costrizione loro) governata dai fili vasomotori o costrittori provenienti dal simpatico, e da fili, provenienti da altra origine, che sono dilatatori dei capillari. L'azione fisiologica di questi ultimi fili, o dilatatori, è di neutralizzare quella dei nervi costrittori del simpatico.

Le esperienze fatte nel 1863 da E. Cyon (1) provarono essere questa azione dovuta ad un nervo sensitivo, da lui chiamato *nervo depressore*, il quale esce dal midollo spinale in un col terzo ramo del ganglio cervicale inferiore del primo toracico (2) e che va a gettarsi nel plesso cardiaco, il quale è quindi costituito da fibre del grande simpatico e da quelle del nervo depressore di Cyon. Il quale nervo, eccitato nel cuore, reagisce per azione riflessa sul centro dei nervi vasomotori o costrittori di tutta l'economia animale, cioè sul midollo allungato o sul bulbo rachidiano; alla paralisi dei nervi costrittori tiene subito dietro la dilatazione dei capillari, la diminuzione della pressione nel cuore e nelle arterie, che ne emanano, non che la diminuzione nella frequenza dei battiti cardiaci. L'aumento nella pressione e nel numero delle pulsazioni cardiache, si ottiene allora per la galvanizzazione del capo periferico del midollo spinale.

(1) Cyon. *Sur l'innervation du cœur* nel *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie de Robin*, Paris, 1868.

(2) Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, Paris, 1876, vuole che esca dalla radice anteriore del secondo paio rachidiano dorsale.

Digitized by Google

I medesimi fenomeni della paralisi dei nervi costrittori di origine simpatica e della conseguente supremazia del nervo depressore di origine spinale, colle inseparabili conseguenze dello abbassarsi della pressione sanguigna nel cuore ed arterie, del dilatarsi dei vasi capillari, si hanno pure mercè la sezione completa del midollo spinale nel punto che sta fra l'occipitale e l'atlante; questi fenomeni spariscono non appena si galvanizzi il capo periferico dello spinale midollo, e si accrescono irritandone elettricamente il moncone centrale.

Identici risultati ebbero nel 1863 von Bezold, e nel 1864 Ludwig e Thiry.

Il nervo depressore è, perciò, un regolatore della pressione, comechè paralizzi l'azione dei nervi costrittori vasomotori, portando la sua azione sui centri nervosi; dopo il suo taglio avvi depressione od abbassamento manometrico e diminuzione nel numero dei battiti cardiaci, mentre col galvanizzarne il capo periferico si ottiene rialzamento nella pressione ed aumento nella frequenza delle pulsazioni del cuore.

Si noti poi che il nervo depressore di Cyon, la cui esistenza era sinora stata messa in sodo solo nei conigli e nei gatti, venne dimostrato trovarsi eziandio nell'uomo da Kreidmann (1).

Dopo il taglio del midollo spinale nel luogo preciso della sua separazione dal bulbo, non si fa più la riflessione dei nervi sensitivi sui vasomotori costrittori, ma questa riflessione persiste a manifestarsi sul cuore.

Per la dilatazione e per il restringimento dei vasi sanguigni, per l'aumento e per la diminuzione nella pressione sanguigna, si hanno due ordini di nervi

(1) *Centralblatt f. d. medicinische Wissenschaften*, 16 marzo 1878.

Digitized by Google

bene distinti, dei quali il primo è costrittore od acceleratore, ed è questo un nervo simpatico proveniente dal midollo spinale; l'altro è moderatore o paralizzante, ed è il decimo paio craniano, il quale trae la sua origine reale dal midollo allungato, ed agisce sul cuore paralizzando l'azione dei nervi costrittori.

Il bulbo rachidiano esplica la sua fisiologica azione sui nervi splancnici costrittori dei vasi, col mantenere la contrazione vasale e col fare affluire il sangue addominale verso il cuore, aumentando la pressione nel cuore istesso; il nervo depressore fa dilatare i vasi capillari viscerali svuotando il cuore ed i grossi vasi — cioè diminuendovi la pressione — a benefizio dei visceri e delle parti periferiche.

Dagli esperimenti di Eulenburg e Landois (1), fatti nel 1874, risulta come la distruzione delle parti del giro sigmoideo del cervello tutt'attorno al *sulcus crucialis* (che essi effettuarono mercè un filo metallico incandescente portato sopra cani cloroformizzati), parti nelle quali Fritsch ed Hitzig riconobbero l'esistenza di centri motori, è seguita da aumento molto considerevole della temperatura delle estremità del lato opposto a quello, dove si fece la lesione.

Questi risultamenti vennero in grande parte modificati dalle esperienze di Brown-Séquard e di Vulpian; quest'ultimo esportò con un cucchiaio tutto il giro sigmoideo in cani, che erano stati anestesizzati incompletamente col cloralio idrato (vedansi i loro *Archives de Physiologie* ecc. 1875 e 1876), e ne ebbe corollarii in parte contradditorii a quelli dei due Fisiologi di Greifswald.

(1) A. Eulenburg und L. Landois. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1874; *Centralblatt f. d. medicin. Wissensch.* 1876.

Digitized by Google

Il fatto di Vulpian ricevette, in questi ultimi giorni, la conferma nella osservazione clinica per parte di Hoad, di Brusasco e di altri, i quali segnalarono abbassamento nella temperatura e diminuzione nel polso dietro la introduzione dell'idrato di cloralio nelle vie digerenti, per cui ritengono l'idrato di cloralio quale un agente atto ad impedire lo sviluppo della febbre (1).

Per molti fisiologi e patologi, fra i quali annovero solo Naunyn, Quincke, Tscheschichin (2), il midollo spinale ha solo una influenza negativa sulla temperatura dell'organismo animale; egli ne modera l'attività termica dei tessuti, e la sua influenza si confonde con quella del simpatico. Per altri, come il Parinaud (3), il taglio trasversale del midollo spinale fatto nella regione cervicale e superiore dorsale, ha per effetto immediato l'abbassamento della temperatura, e l'animale vive un maggiore lasso di tempo se la temperatura dell'ambiente è superiore di almeno 10° o 12° C. a quella della parte del corpo stata raffreddata.

Il taglio del midollo spinale modifica la termalita dei tessuti, perchè ivi è la sorgente dei nervi vasomotori e perchè restano modificati direttamente i cambii molecolari nei tessuti, nella stessa guisa per cui la contrazione di un muscolo staccato dal corpo produce maggiore calore e quindi maggiori ossidazioni in questo muscolo isolato. Per la paralisi dei nervi vasomotori (o costrittori) di una data regione del corpo, hassi quale effetto immediato l'aumento di calore in questa parte, calore che viene, dopo alquante ore,

(1) *Gazzetta degli Ospedali* di Genova, febbraio, 1878.

(2) Tscheschichin. *Archiv. von Dubois Reymond und Reichert*, 1866 e 1869.

(3) Parinaud. *Archives de Physiologie normale et pathologique de Brown-Séquard et Vulpian*, Paris, 1877.

Digitized by Google

sostituito da un raffreddamento nella medesima parte, dovuto alla sospensione dell' azione trofica dei nervi motori, cioè allo scemare delle combustioni intime. Intanto la temperatura centrale si abbassa perchè le parti paralizzate producono minore quantità di calorico, e perdono contemporaneamente più calore a causa dello essersi maggiormente attivata la circolazione della pelle, motivo per cui aumentasi vieppiù la dispersione del calorico per evaporazione ed irraggiamento. L'abbassamento della temperatura centrale non altrimenti di quella delle parti paralizzate, misurato profondamente, va sempre crescendo sino alla morte, mentre le parti non paralizzate, esplorate pure profondamente, segnano sempre una temperatura più alta delle paralizzate; la temperatura cutanea è, invece, più alta nelle parti paralizzate che non nelle sane, e ciò a causa delle diminuite combustioni molecolari e della scemata vitalità nei tessuti paralizzati, effetti che manifestansi ben presto con macchie epileptogene al collo e lungo la colonna vertebrale, con gangrene ecc.

In mezzo a fatti sperimentali ed a cliniche osservazioni così disparate, come lo sono le ipotesi chè si vollero fondare per spiegarne i fenomeni risultanti, mi parve, da lungo tempo, essere cosa della massima rilevanza il verificare alcuni di questi sperimenti ad interpretazione finora equivoca, ed il praticarne dei nuovi, onde giudicare se le dottrine sostenute debbano essere modificate in qualche loro parte, oppure abbiansi ad accettare senza cambiamenti di sorta. E tanto maggiore importanza acquista questo studio, comechè sia attinente alla presente questione, oltre l'accertamento della origine della calorificazione animale, la dottrina della parte devoluta al sistema ner-

Digitized by Google

voso nelle combustioni interne, nelle congestioni attive e passive, nella febbre che Bernard definì *una paralisi del grande simpatico* (1), ed in varii altri argomenti connessi ai precedenti.

Contrariamente a quanto Bernard asseverava nel 1852 dopo le sue prime esperienze sul taglio del simpatico nel collo, io ritengo da lungo tempo — e lo proclamai nelle mie lezioni universitarie fatte negli ultimi 14 anni a Ferrara ed a Parma — che la produzione del calore non è la conseguenza necessaria del maggiore afflusso di sangue e della più grande sovrattività della circolazione locale, ma bensì che questa ultima è effetto della calorificazione aumentata. E di questo parere si è più tardi dichiarato lo stesso Bernard (2), appoggiandosi specialmente a che, dopo pochi giorni dal taglio operato del simpatico, nello orecchio dello stesso lato si conserva più alta la temperatura in confronto di quella dell'orecchio dal lato sano, ma scema molto la vascolarità nel primo; che legando le vene di un'orecchia, vi si ha stasi sanguigna accompagnata da abbassamento di calore, che si innalza subito di 2° a 4° C. non appena venga tagliato il simpatico nel collo; che in alcune malattie, e particolarmente nel *choléra*, si osserva un innalzamento considerevole nella temperatura dopo la morte (3), quantunque la circolazione sanguigna abbia cessato da lungo tempo.

Io ho sempre sostenuto che la paralisi vasomotrice non può avere costantemente per conseguenza natu-

(1) Bernard. *Leçons sur la chaleur animale et sur la fièvre*, Paris, 1876, pag. 296.

(2) Bernard. *Loco citato*, pag. 282.

(3) Doyère. *Respiration et chaleur animale dans le choléra*, Paris, 1863.

Digitized by Google

rale la congestione, come la eccitazione di un nervo vasomotore, può produrre la congestione invece della diminuzione nella massa e nella velocità del sangue. Questa mia dottrina la desunsi specialmente dal fatto, verificato le tante fiate, che dopo l'ablazione del ganglio cervicale superiore nei tacchini e nei galli, osservai quasi sempre che le caruncole e la cresta dal lato operato si accasciano ed impallidiscono, invece di congestionarsi. In conseguenza, la congestione attiva non devesi ascrivere a paralisi riflessa dei nervi vasocostrittori, secondo la teoria messa in circolazione da Loven e sostenuta da Vulpian (1). Il quale ritiene che le congestioni attive conseguitanti la elettrizzazione dei nervi vasomotori dilatatori, sono semplicemente il risultato della paralisi dei nervi vasocostrittori, e che queste congestioni sono identiche a quelle che hannosi mercè la paralisi dei vasocostrittori. Per me la congestione attiva si deve piuttosto alla maggiore attività funzionale di altre parti costitutive dei vasi sanguigni.

La è cosa conosciuta che, dopo la sezione del nervo grande simpatico nel collo, — oltre altri fenomeni — hassi miosi pupillare dovuta alla paralisi dei nervi vasomotori costrittori (Pourfour Du Petit), e che si può allora ottenere la midriasi eccitando il moncone centrale dello stesso simpatico tagliato (Biffi). Ora noi possiamo ottenere la congestione attiva e la midriasi per paralisi riflessa dei vasomotori costrittori, eccitando galvanicamente un nervo di senso generale, quale il X°, l'XI°, il IX° paio craniano, la radice gangliare del V° paro, od il capo centrale dell'ischiatico, ma giammai la miosi, come avverrebbe se il fatto

(1) Vulpian. *Leçons sur l'appareil vasomoteur*, Paris, 1874.

Digitized by Google

avesse luogo per paralisi dei nervi vasocostrittori. La eccitazione diretta dei nervi simpatici non solo non produce mai la menoma congestione, il menomo turgore negli organi erettili, ma cagiona all' incontro l'accasciamento, la flaccidità, la pallidezza loro (Legros, Schiff).

Dopo il taglio del grande simpatico cervicale, osservasi maggior calore nell'orecchia dello stesso lato operato, ma collocando allora l'animale in una stufa riscaldata a 30° od a 40° C., si nota essere l'orecchia dal lato del simpatico intatto che è la più calda: volendo spiegare teoricamente questo fatto, s'avrebbe ad ammettere che il calore della stufa abbia provocato, nel lato intatto, una paralisi riflessa assai maggiore della paralisi diretta del lato operato! Recidendo un nervo ischiatico, quindi eccitando col galvanismo il suo moncone centrale, si osserva che i vasi della orecchia dallo stesso lato sono più dilatati per paralisi riflessa, mentre è aumentata la tensione arteriosa nella stessa orecchia non solo (il che sarebbe dovuto, secondo i partigiani delle congestioni attive conseguitanti a dilatazione attiva di questi vasi per paralisi riflessa), ma pure anco in tutto il sistema arterioso del corpo. Questo aumento nella tensione arteriosa è cagionato, a mio avviso, dalla contrazione intermittente, temporanea, non tetanica delle arteriole di tutto il corpo, e quindi le congestioni attive non presentano alcuna rassomiglianza colle congestioni passive dovute alla paralisi dei nervi vasomotori costrittori. In una parola, non può essere accettata la dottrina della dilatazione vascolare attiva per paralisi riflessa.

D'altronde basta riflettere come la eccitazione artificiale, ossia galvanica, sia bene diversa dalla fisiologica. Colla prima si determina sulle fibre liscie dei

Digitized by Google

vasi sanguigni una contrazione spasmodica in massa, e simultanea sopra tutto il tragitto di un vaso, e quindi ottiensi un rallentamento nel corso del sangue; colla eccitazione fisiologica si ha la contrazione graduata, successiva e propagantesi da un estremo all'altro di un vaso sanguigno, per cui resta facilitato il corso del sangue.

Il sangue, cacciato dal cuore nella sistole, è spinto attraverso i vasi capillari sino nelle vene in grazia del *tono vascolare*, cioè in virtù della contrattilità della tonaca muscolare dei piccoli vasi, la quale consiste in una forza che sostituisce la elasticità, e concorre con questa a trasformare il moto a scosse del sangue in un moto continuo rinforzato (1). Ma la contrattilità ha una parte più attiva e più indipendente di quella dell'elasticità, la quale è una forza prettamente passiva, dipendente dalla sistole cardiaca. Il sangue, giungendo alla periferia o negli organi dove il peso agisce in senso opposto al corso arterioso, trova un rinforzo alla forza di propulsione nella maggiore contrattilità (e non semplice elasticità) delle pareti vasali; perciò sono ricchissime in fibre muscolari le pareti dei vasi ombellicali, dei tessuti erettili, della milza, dei vasi del capo, della vena porta, della cava ascendente.

Il tono vascolare, una delle conseguenze della contrattilità, è il risultato di un'attività permanente (non già di alternative di accorciamento e di riposo) della fibra muscolare; esso agisce subito dopo la dilatazione restringendo il lume del tubo. Allacciata l'aorta addominale di un animale ed introdotta una cannula comunicante con un recipiente pieno di latte,

(1) Vulpian, *loco citato*, pag. 325.

Digitized by Google

questo ritorna indietro per le vene (sebbene il latte penetrasse nell'aorta sotto la debolissima pressione di appena 2 millimetri di mercurio) in grazia della contrattilità dei vasi, e non già del tono o della elasticità, le quali erano in istato di riposo e non potevano agire se non dopo la dilatazione prodotta da eccesso di tensione.

Dopo paralizzati i nervi vasocostrittori di un lato, ed innalzata perciò la temperatura in quella metà della testa, quando scemisi la forza di contrazione del cuore mercè un agente tossico, oppure il freddo intenso, la preponderanza nella temperatura resta abolita, oppure sarà in vantaggio della metà sana della testa; il che prova come la circolazione nel lato sano non è totalmente dipendente dal cuore (1).

L'aumento della circolazione periferica risulta dalla accresciuta attività funzionale delle fibre muscolari dei vasi sanguigni, attività che estrinsecasi sotto la forma di contrattilità vasale, la quale permette la possibilità ai vasi di restringersi e subito dopo di dilatarsi, il che non succede per il semplice tono vasale nè per la elasticità delle pareti di quei tubi; egli è perciò a tale aumentata attività funzionale che debbonsi le congestioni attive, nelle quali notasi un più grande afflusso di sangue congiunto ad accresciuta celerità nel suo corso. Le arteriole, dopo che entrarono in esagerata contrazione normale e successiva lungo tutto il loro tragitto, contrazione che serve a spiegare la maggiore tensione oppure celerità del sangue, devono dilatarsi assai più che non prima dell'applicazione della causa eccitatrice, fatto che dà ragione del

(1) Onimus, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de Paris, 1874.

Digitized by Google

maggiore afflusso sanguigno. Una tale dilatazione non è già dovuta a paralisi riflessa, come sostengono Loven e Vulpian, e neppure puossi chiamare dilatazione attiva o diretta, come vorrebbe Schiff, ma è la conseguenza dell' attività delle fibre muscolari dei vasi medesimi.

Fino dal 1869 Legros aveva notato un rilasciamento nel tono muscolare, nell'istante immediatamente antecedente a quello della contrazione di fibre liscie (1), per cui, prima della elevazione della linea prodotta dalla contrazione, vi ha un abbassamento, ossia al momento della eccitazione faradica la tensione si abbassa in guisa rapidissima, per rialzarsi subito dopo e farsi più manifesta che non prima della esperienza.

L'aumento dell' attività funzionale delle fibro-cellule delle pareti vasali cagiona l'aumento della circolazione periferica, essendochè la stimolazione di un nervo sensitivo eccita per azione riflessa i ganglii del simpatico, i quali reagiscono sulla contrattilità delle fibre liscie vasali; tuttavolta la sensibilità è abolita o molto scemata, come avviene in talune lesioni patologiche o per azione del cloralio idrato, non si ottiene più l'aumento della circolazione periferica, ossia la congestione attiva per la stimolazione dei nervi vaso-dilatatori, essendochè non sono più eccitabili i ganglii simpatici, che rimangono senza influenza sulla contrazione delle fibro-cellule vasali.

La conseguenza delle emozioni eccitanti, come pure della stimolazione dei nervi centripeti, dei nervi sensitivi in genere, della fisiologica irritazione delle

(1) Legros et Onimus. *Journal de l'anatomie et de la physiologie de Charles Robin*, 1869.

Digitized by Google

mucose, sono la causa nella maggiore attività delle contrazioni della tonaca muscolare delle arteriole, epperciò tutti gli atti fisiologici, lungi dall'essere la conseguenza di una serie di paralisi, sarebbero l'effetto di uno stimolo fisiologico.

In un prossimo numero del Giornale farò seguire l'esposizione dei risultati di esperienze fatte sull'influenza del sistema nervoso, in ordine alla calorificazione animale: ricerche sperimentali che potrò forse compiere, in grazia di un assegno straordinario accordatomi testè dal Ministro per l'Istruzione Pubblica.

Parma, 12 marzo 1878.

LA POSIZIONE DEI PIEDI NELL'ATTENTI

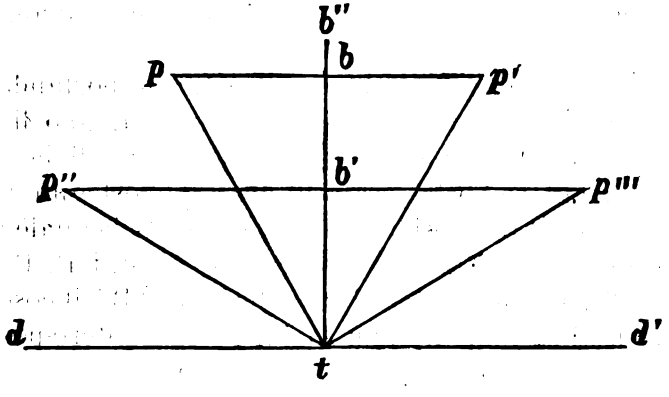
Nella stazione verticale sui due piedi coi talloni riuniti, e che nel comando militare e ginnastico italiano corrispondeva pochi anni fa al *guarda voi* ed or risponde all'*attenti*, la base di stazione, assai ristretta posteriormente, conviene s'allarghi anteriormente mercè lo scartamento in fuori delle punte de' piedi, onde prevenire facili oscillazioni laterali e la caduta del corpo sul fianco.

L'angolo compreso fra i margini interni de'piedi si conviene debba misurare, in tal genere di stazione, 60 gradi, per ottenere la quale deviazione è quindi necessario che gli assi longitudinali dei piedi stessi trovinsi reciprocamente inclinati di 76° circa.

Immaginando i piedi ridotti ai loro assi longitudinali TP, TP' (vedi Figura) uniti posteriormente nel punto T, la linea PP' misurerà la maggior larghezza dell'area di sostegno lateralmente, e TB, perpendico-

Digitized by Google

lare a questa retta, rappresenterà la maggior dimensione di tale base nel senso antero-posteriore. TB può rappresentare in questo caso anche l'estremità inferiore di un piano assile verticale che passa nel senso antero-posteriore pel centro di gravità del corpo e divide questo in due metà laterali. Se gli assi longitudinali dei piedi avvicinati fra loro e posti parallelamente a questo piano hanno la lunghezza TB", essi facendo ciascuno angolo di 30° (come rappresentano appunto gli angoli PTB, P"TB della Figura) notevolmente allargano la base d'appoggio nel senso bilaterale, ampliandola della quantità PP' e l'accorciano tuttavia di poco (meno che un settimo) nel senso antero-posteriore, abbreviandola cioè della sola quantità BB", attalchè la verticale che passa pel centro di gravità del corpo ha ancora un notevole campo in cui oscillare all'innanzi che all'indietro, senza fuoruscire dalla base di sostegno.



Schiarimenti della Figura.

Le rette *td*, *tp"*, *tp*, *tb"*, *tp'*, *tp'"*, *td'* sono tutti raggi d'un medesimo cerchio ed hanno tutte lunghezza eguale.

Gli angoli *b"tp*, *b"tp'* sono di 30 gradi.

» *b"tp"*, *b"tp'"* sono di 60 gradi.

» *b"td*, *b"td'* sono di 90 gradi.

Digitized by Google

Tale inclinazione reciproca ad angolo di 60° dei bordi interni de'piedi, favorisce nel miglior modo la stabilità in questo genere di stazione. Infatti: se noi volessimo scartar maggiormente le punte de'piedi dal piano assile verticale che separa il corpo in due metà laterali, l'ampiezza bilaterale della base d'appoggio aumenterebbe ancor più, è vero, ma si perderebbe contemporaneamente una quantità troppo notevole di detta base nel senso antero-posteriore, i coseni degli angoli che misurano le obbliquità non diminuendo nella semplice ragione, in cui detti angoli aumentano, ma bensì in quantità assai maggiore.

Così, se gli assi longitudinali dei piedi, aventi la lunghezza TB", sono talmente avvicinati fra loro da confondersi colla stessa TB" che può rappresentare anche l'estremo inferiore del piano assile che separa il corpo in due metà laterali, i primi, facendo angolo di zero gradi con questo piano, il coseno di tale angolo è la stessa TB", cioè è lungo quanto l'asse longitudinale del piede.

Ammessa la retta TB" eguale a 1,000 e portando le punte dei piedi in P e P', cioè ognuna ad angolo di 30° colla TB", il coseno di quest'angolo, e quindi la ampiezza antero-posteriore dell'area di sostegno non perde che 0,134, residuando alla retta TB, la quale misura con ciò 0, 866. Ma se portiamo i punti P, P' in P"', P"", ad angolo cioè di 60° colla retta TB", il coseno di questi angoli e quindi la lunghezza antero-posteriore della base d'appoggio residua alla retta TB', la quale sta a TB" come 0,500 : 1,000. — Con ciò la base d'appoggio nel senso antero-posteriore è abbreviata della metà e più difficile sarà impedire che la linea di direzione (*linea propentionis* del Borelli) cada anteriormente a detta base.

Digitized by Google

Ove portiamo poi P'' e P''' in D e D' e gli assi longitudinali dei piedi facciano angolo diritto od angolo di 180° fra loro, e siano in conseguenza ad angolo retto o di 90° colla TB'', il coseno di quest'ultimo angolo si eguaglia a zero. Ed applicando, per ipotesi, quest'ultimo caso alla stazione dell'uomo, l'estensione antero-posteriore dell'area di sostegno residuerebbe alla semplice larghezza del piede. Ho detto per ipotesi, perchè tale attitudine, lungi dall'esser facile e naturale, metterebbe in istato di disagio e di sforzo le articolazioni tibio-tarsiche.

Ora metteremo approssimativamente in numeri le vicende che nei casi più sopra contemplati subisce la estensione bilaterale dell'area d'appoggio. Ne servirà egregiamente la stessa figura.

Immaginate i piedi ridotti ai loro assi longitudinali cioè a due linee matematiche aventi una sola dimensione, la lunghezza, ed ancor questa limitata dalla lunghezza del piede, se tali due rette si toccano nel punto T, necessariamente farà ciascuna d'esse, com'abbiamo visto, colla retta TB'' un angolo variabile da zero a 90°. La lunghezza dell'area di sostegno nel senso antero-posteriore è determinata dal coseno di questi angoli, che abbiamo visto essere TB'' = 1,000 per lo angolo di zero gradi, che è TB'' = 0,866, per l' angolo di 30°; ch'è TB' = 0,500, per l' angolo di 60°, e residua al punto matematico T = 0, per l'angolo di 90°.

L'estensione laterale dell'area di sostegno per parte di ciascun piede è determinata pure, come la sua lunghezza, dall' angolo che fa l'asse longitudinale del piede colla retta TB''. Avendosi la larghezza di questo angolo e la lunghezza dei suoi lati, determinate dalla perpendicolare che s'immagina tracciata dall'estremità anteriore dell'asse longitudinale di ciascun piede

Digitized by Google

sulla retta TB", si ha anche delimitata l'area di sostegno che circoscrivono i piedi, immaginati sempre questi come ridotti al loro asse longitudinale.

Ora, simile perpendicolare è ridotta a zero per l'angolo di zero gradi; sono le rette PB, P'B per due angoli di 30°; P"B', P"'B' per due angoli di 60°; DT, D'T per due angoli di 90°. Queste rette sono dette anche *seni* dei rispettivi angoli cui esse riferisconsi. E siccome i *seni di un angolo sono eguali ai coseni dell'angolo complementare, e per angoli complementari s'intendono quelli che sommati fra loro danno un angolo di 90°*, così ne viene che quando l'asse longitudinale del piede fa angolo di zero gradi colla retta TB", essendone il coseno 1000, il seno è zero; per l'angolo P'TB di 30°, essendone il coseno TB = 0,866, il seno è eguale a 0,500; per l'angolo di 60°, B'TP", il coseno essendo TB' = 0,500, il seno è uguale a 0,866; per l'angolo di 90° il coseno essendo zero, il seno è eguale a 1000. Questi *seni* rappresentano nel caso nostro la maggior larghezza della base di sostegno anteriormente e che è relativa all'inclinazione che hanno gli assi longitudinali dei piedi rispetto a TB".

Quando l'angolo che fa l'asse longitudinale del piede colla TB" è di 45°, allora seno e coseno di quest'angolo sono fra loro eguali e misurano ciascheduno 0,707, posto il seno eguale a 1000 per l'angolo di 90° ed il coseno eguale a 1000 per l'angolo di zero gradi.

Essendo l'asse longitudinale del piede inclinato di 45° TB", la base circoscritta da un solo piede ha la sua maggior lunghezza antero-posteriore eguale alla sua maggior estensione in senso laterale. Sommate in tal caso le aree circoscritte dagli assi longitudinali dei dué piedi, risulta che la maggior estensione antero-posteriore dell'area di sostegno rappresenta la sola

Digitized by Google

metà (0,707) dell'ampiezza che ha questa base nel senso bilaterale (1,414).

Il seno rappresenta la metà del coseno nell'angolo di 26°,33'5"; allora il seno si eguaglia a circa 0,447 ed il coseno a circa 0,894. Sommati questi due angoli fatti dagli assi longitudinali dei piedi colla retta TB", risulterà una base d'appoggio avente la sua maggior estensione antero-posteriore (0,894) eguale alla sua maggior ampiezza bilaterale (pure 0,894).

Ora il piede dell'uomo a 30 anni essendo lungo 264 millimetri e largo 96 millimetri *(A. Quetelet)*, ne viene che quando i piedi sono avvicinati parallelamente col loro bordo interno fra loro, la lunghezza antero-posteriore della base d'appoggio è TB"=264 millimetri e la larghezza è ridotta a due volte quella del piede, cioè a soli millim. 192. Quando le punte dei piedi sono divaricate in PP" ed i bordi interni di questi piedi fanno ciascuno con TB" angolo di 30°, la linea PP" (larghezza maggiore dell'area d'appoggio compresa fra i bordi interni dei piedi) è eguale a millimetri 264, cui vanno aggiunti millimetri 192, doppia larghezza del piede, per avere la totale massima estensione laterale dell'area d'appoggio; e la linea TB (maggior estensione antero-posteriore dell'area di sostegno) è ridotta a millimetri 229. Quando i bordi interni dei piedi fanno con TB" ciascuno un angolo di 60°, e le loro punte corrispondono conseguentemente in P"P"', la linea P"P"' (maggior larghezza dell'area compresa da bordi interni dei piedi) è eguale a millimetri 458, che sommati a millimetri 192, doppia larghezza del piede, rappresenteranno effettivamente la massima larghezza della base d'appoggio; e la retta TB' (maggior estensione antero-posteriore di questa base) è ridotta a 132 millimetri. Quando i bordi dei piedi fanno

Digitized by Google

con TB" angolo di 90°, la maggior larghezza dell'area di sostegno DD' è uguale a due volte la lunghezza del piede, millim. 528 e ad una sola volta la sua estensione antero-posteriore, millim. 96.

Quando i bordi interni dei piedi fanno con TB" angolo di 26°,33',5", la maggior lunghezza dell'area di sostegno è di millim. 236 e la sua maggior larghezza è pur di millim. 236, più due volte la larghezza del piede, in tutto millim. 428, le quali dimensioni stanno fra loro come 1 : 1,81.

Ora se calcoliamo che il diametro per le apofisi acromio, che è il massimo diametro bilaterale, nell'uomo a 30 anni è millim. 394 e quello trasverso per il petto all'istessa età è millimetri 182, le quali cifre stanno fra loro come 2,16 : 1 *(Quetelet)*, apparirà opportuno, come abbiamo premesso, fare che i bordi interni dei piedi, nel genere di stazione in discorso, circoscrivano tra loro un angolo di 60°, e gli assi longitudinali degli stessi siano quindi rispettivamente inclinati di 76 gradi circa, nel quale caso l'area di sostegno, sopra una lunghezza di millim. 229, ha una larghezza massima di 456 millim., le quali cifre stanno fra loro come 2, o più precisamente, 1,992 : 1.

Nella donna a 30 anni il diametro bilaterale per le apofisi acromio (348 millimetri) e quello trasverso per il petto (millimetri 173) stanno fra loro come 2,01 : 1; la lunghezza del piede è 237 millimetri e la larghezza millimetri 85 *(Quetelet)*.

Ora, nel genere di stazione di cui parliamo, essendo i bordi interni dei piedi della donna inclinati reciprocamente di 60°, locchè equivale a dire inclinati ciascuno di 30° rispetto al piano assile che separa il corpo in due metà laterali. e quindi anche rispetto alla retta TB", la base d'appoggio avrebbe una larghezza mas-

Digitized by Google

sima di millimetri 407, sopra la massima lunghezza di millimetri 205, le quali cifre stanno fra loro come 1,985 : 1.

Dott. Cav. GIUSEPPE FRANCHI.

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Nevrosi complessa ed eccezionale vita in parte doppia, *per il Dott.* BERTHIER. — Come appendice alla lezione del Prof. Charcot (1) può riguardarsi questa osservazione tolta dagli *Ann. Méd. Psyc.*, septemb. 1877 — e che riassumiamo nei più brevi termini possibili.

Una ragazza alquanto scrofolosa, timida, di cui il padre aveva sonnambolismo notturno, e l'avo materno è affetto da paralisi progressiva, non incominciò a parlare che a cinque anni.

Verso i 13 anni, non ancora menstruata, fu travagliata da cefalalgia e da vomiti con dolori all'epigastrio da simulare una gastrite. Due mesi dopo i sintomi si complicano. La malata si agita, vaneggia, gesticola. Il suo corpo è in sudore, le pupille sono dilatate, il polso frequente e forte, la sensibilità tattile ineguale, le orine abbandanti e limpide, v'ha stipsi. Cosa singolare, non vede nè ode il medico.

Dopo alcuni giorni la scena è cambiata. Alcuni minuti riconosce il medico e poco dopo non lo riconosce più. Ora vede, ed ora diventa cieca. Ode correre un sorcio ed è sorda a chi la chiama con voce alta. La pelle è anestetica in una metà del corpo e dall'altra metà è d'una tale suscettività che un lievissimo tocco l'esaspera. Insomma, i suoi sensi durante l'accesso non funzionano che da un lato del corpo. Le si presenta uno scritto, lo legge, ma non vede la mano che lo tiene. Si fa buio ed ella vede una spilla a distanza. Chiama se stessa *pouf*, e le altre persone *conseil*. L'intelligenza in lei molto mediocre si eleva ad un grado insolito, legge qualche favola di La Fontaine, e vi intramezza osservazioni spiritosissime. Se si propone una partita

(1) V. Fascicolo 10 marzo 1878, pag. 216.

Digitized by Google

di scacchi, giuoca e molto bene, ma l'avversario le è invisibile. Dopo varie ore di tale stato emette un grido, geme, porta la mano al cuore, versa qualche lacrima, guarda attorno, saluta e chiede che cosa le sia mai arrivato? Ella l'ignora completamente, e le sembra di destarsi da un sonno.

Cotesti accessi di sonnambolismo si ripeterono molte volte e con sintomi pari o differenti dai riferiti.

Così talora si alzava dal letto, si vestiva in presenza delle persone che non vedeva punto, metteva gli oggetti a posto, faceva la cucina, montava un orologio, camminava per le stanze con maravigliosa destrezza, ecc.

Una volta il medico tenne con lei conversazione per mezzo di una lavagna, ella leggeva quanto vi scriveva il medico, ma non ammetteva che lo scritto le fosse trasmesso dalla mano di lui.

Più tardi quella parziale cecità fu surrogata da allucinazioni della vista, per cui vedeva mostri terribili.

Questa alternativa della vita psichica si associava a gravi disordini somatici. I piedi erano sovente paralitici; l'appetito mancava come pure il sonno, il polso era irregolare. Il corpo dimagriva, le forze scemavano, il color della pelle aveva perduto la sua floridezza, insomma v'era un grandissimo deperimento generale.

Questo stato non doveva però durare indefinitamente. Una mattina la malata corre fra le braccia di sua ava; il suo letto macchiato di sangue le aveva fatto supporre che nella notte fosse stata vittima di violenze da parte di ladri. La menstruazione era comparsa la prima volta. Due giorni dopo il sonnambolismo era cessato, ma fu rimpiazzato poco dopo da imbarazzo della loquela, il quale a sua volta cessò al ritorno della menstruazione.

In seguito ad emozioni penose, questa ragazza ebbe ancora qualche turba nervosa, che però sempre disparve alla comparsa regolare dei menstrui, col ristabilimento definitivo della quale funzione si avviò alla guarigione, od almeno ad uno stato di benessere fisico compatibile col suo temperamento congenito.

Il Dott. Berthier così conchiude la sua osservazione: « Noi abbiamo visto una giovane che per influenza ereditaria e all'epoca della pubertà in ritardo, fu presa da fenomeni morbosi straordi-

Digitized by Google

narii e complessi. Questi si ridussero ad uno stato istero-sonnambolico, caratterizzato da questo fenomeno infinitamente raro che i sensi non si esercitavano che su d'una metà degli oggetti, e tenevano la paziente in una alternativa di vita normale e di vita morbosa, alternativa di cui essa non aveva nè memoria nè coscienza, e raccorciavano così la di lei esistenza della metà ».

Tali accidenti morbosi insorti nel coname menorragico, scomparvero, almeno in massima parte, coll'apparire del flusso mestruo che stentava a stabilirsi.

Un caso di scarlattina maligna guarito per mezzo dell'acido salicilico: *per il Dott.* LAUDRAT; Elbing. — In seguito alla grande importanza che paiono acquistare nella terapia l'acido salicilico ed i suoi sali, mi credo autorizzato, dice l'Autore, a pubblicare un caso di scarlattina complicato con angina maligna (*diphteritis*) il quale dietro all'uso dell'acido salicilico ebbe un esito felice. Si tratta di un giovanetto di 13 anni, distinto allievo del Ginnasio, il quale da 6 settimane sotto le apparenze di una gastro-enterite ammalò di febbre intensa senza che fosse annunziata da prodromi. Fin dalla sera del primo giorno la malattia si manifestò con un' eruzione cutanea rossa sulle gambe e sul petto, nel giorno appresso si formò una difterite dell'uvola, del velo palatino e della faringe, e quasi contemporaneamente si estese alle narici, e alla cute prossima alla loro apertura esterna, che passò ad ulcerazione, spandendo un fetido speciale odore, ed una flussione sierosa dalle narici.

Avuto riguardo alla debole costituzione del malato, alla febbre alta (polso 150, temperat. 41) dovemmo pronunciare un pronostico sfavorevole. In questo caso ci parve che l'uso dell'acido salicilico colla sua duplice qualità d'antipiretico e d'antisettico fosse pienamente indicato.

L'acido salicilico venne amministrato nella seguente formola:

℞. *Acidi salicilici* 2,0, *coque eum aqu. fontis* 350 o *adde syrupi simplicis fervidi* 50,0 — *P.* un cucchiaio ogni ora.

Per iniezione nelle narici si ordinò quanto segue:

℞ *Acidi salicilici soluti* 1,0; *aquae destillatae* 350. Da usarsi ogni due ore.

Digitized by Google

In tutto si usarono per tal modo internamente 6,0 di acido salicilico, ed esternamente 11,0 (1).

Nel tempo stesso si provvide ad una energica nutrizione (brodo, vino, uova), ed all'abbassamento della temperatura con abluzioni fredde della pelle ogni due ore. Tosto dopo i primi spruzzi potemmo vedere scomparso il fetido odore e molto presto si calmò pure la intensa febbre. Parimenti il processo difterico non progredì più oltre, e dopo la durata di tre settimane potè essere dichiarato affatto cessato. L'acido silicilico venne benissimo tollerato dal giovanetto, e quand'anche, dietro al suo lungo uso, si manifestasse catarro intestinale, non s'incontrerebbe difficoltà a vincerlo.

(*Berlin Klin. Wochenschrift.*, n° 6, 1878).

NOTIZIE

Riceviamo il seguente annunzio con preghiera di pubblicarlo.

Congresso periodico internazionale delle scienze mediche; 6ª riunione in Amsterdam, 1879. — Noi abbiamo l'onore d'informarvi che, secondo il voto espresso a Ginevra dall'ultimo Congresso periodico delle scienze mediche e col concorso dell'Associazione medica neerlandese e della Società scientifica dell' Accademia Reale neerlandese si è costituito un Comitato di organizzazione per la sesta riunione del Congresso. Questo Comitato è così composto:

Presidente – Il sig. Prof. Dondres a Utrecht.

Segretario generale — Sig. Dott. Guye ad Amsterdam.

(1) Abbiamo trascritto letteralmente la prescrizione, e crediamo che il peso indicato dai numeri sia il decimale, ossia i grammi e i centigrammi, sebbene nel testo non sia specificato.

Digitized by Google

Membri — Sig. Dott. Van Cappelle, referendario per le cose mediche al Ministero dell'Interno all'Aja.

Sig. Dott. Fabius ad Amsterdam.

Prof. Hertz id.

» Heynsius a Leida.

» Huet id.

» Houizinga a Groninga.

» Koster a Utrecht.

Dott. Ramaer all'Aja.

Prof. Rosenstein a Leida.

» Sanger a Groninga.

» Snellen a Utrecht.

» Stokvis ad Amsterdam.

» J. W. R. Tilanus id.

Dott. Zeemann id.

Il Comitato ha designato Amsterdam a sede del Congresso.

Il Congresso, esclusivamente scientifico, durerà una settimana; sarà aperto la domenica 8 settembre 1879.

Le lingue ufficiali saranno la francese e la tedesca.

Tutte le comunicazioni relative, sia al Congresso, sia alle questioni che potranno far l'oggetto delle sue deliberazioni, saranno ricevute con riconoscenza dal Comitato. Desse dovranno essergli indirizzate prima del 1° giugno 1878, epoca in cui il Comitato fisserà definitivamente gli statuti e il programma, e nominerà i Relatori.

Amsterdam, 20 febbraio 1878.

Pel Comitato

Il Presidente: DONDRES.

Il Segretario: Dott. Guye.

Tutte le comunicazioni relative al Congresso debbono essere indirizzate al Segretario Generale, Dott. Guye, ad Amsterdam.

Digitized by Google

Onorificenza. — Annunziamo con piacere che, dietro a proposta del Ministro della Pubblica Istruzione, S. M. ha conferito le insegne di Cav. de' Ss. Maurizio e Lazzaro all'egregio Professore di clinica ostetrica Domenico Tibone, Membro ordinario di nostra Accademia, e già Cavaliere della Corona d'Italia.

BIBLIOGRAFIA

Manuale di oftalmologia per Giorgio Camuset, Membro della Società di Medicina di Parigi, ecc., con circa 128 figure intercalate nel testo. — Prima versione italiana sull'ultima francese (1877) eseguita sotto la speciale direzione del Dott. Giuseppe Albini, Professore di fisiologia nella R. Università di Napoli, con addizioni e prefazione del medesimo. — Napoli, libreria Detken e Rocholl, piazza Plebiscito, 1878.

È generalmente conosciuto il Manuale d'oftalmologia del Camuset, sul quale gli scrittori portarono un giudizio molto favorevole. È un prezioso lavoro, nel quale si trova compendiato ed esposto dottamente e chiaramente tuttochè riflette questa importantissima parte della medicina, allo stato odierno della scienza. Questo compendio, che mancava all'Italia, torna perciò indubbiamente utile non solo agli studenti, ma eziandio ai medici pratici, che lo consulteranno di certo con sommo profitto. Il nome del celebre traduttore basterebbe per se solo a persuaderci dell'importanza ed utilità del Manuale in corso di stampa, se la favorevole accoglienza ricevuta in Francia ed all'estero non ci affermasse in tale concetto. Aggiungono pregio all'opera originale le non poche ed importanti note ed aggiunte introdotte dal Prof. Albini nella versione italiana.

Dell'annunziato Manuale è venuta alla luce la parte I e II, comprendenti l'anatomia e la fisiologia dell'occhio, con 38 figure,

Digitized by Google

al prezzo di L. 2,50. L'opera è divisa in tre parti che formeranno un volume in 8° di circa 500 pagine.

L'edizione è nitida ed accurata e nulla lascia a desiderare sotto il rapporto tipografico.

Noi raccomandiamo perciò caldamente questo Manuale di che i solerti editori vollero arricchire l'Italia.

La Clinica contemporanea italiana e straniera esposta in lezioni e monografie sui più interessanti argomenti di medicina e chirurgia pratica. Serie 1ª, Dispensa I. D. M. Heitler, Docente nell'Università di Vienna. *Cura della pleurite e dei suoi prodotti*, traduzione del Dottore Pietro Lupo. — Napoli, presso Detken e Rocholl, piazza Plebiscito, 1878.

Siccome è accennato, in questa prima dispensa di 24 pagine, l'Autore tratta della cura della pleurite e dei suoi prodotti. L'argomento è svolto chiaramente e succintamente a seconda dei progressi della scienza.

L'opera verrà divisa in serie. Ogni serie si comporrà di 20 dispense. Ogni dispensa di 2 o 3 fogli di stampa in 8°, tratterà un argomento staccato; salvo solo per quelle monografie o lezioni che per il loro volume si dovessero dividere in più dispense. — Ogni mese si pubblicheranno 1 o 2 dispense al prezzo di L. 1 ciascuna. L'opera si venderà anche a dispense staccate senza obbligo d'associazione. In fine di ogni serie sarà data gratis la copertina, il frontispizio e l'indice del volume. Chi s'associerà per l'intiera serie pagherà solo L. 18 invece di 20, divise in 2 o 4 rate anticipate. Con apposito manifesto saranno indicati i nomi dei Professori compilatori della presente opera.

Correzioni al fascicolo delli 10 *marzo* 1878.

ERRATA-CORRIGE

Pag.	211	linea	26	cefalalgia — neuralgie
»	215	»	13	Muzzi — Murri

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 10ª settimana

dal 3 al 9 marzo 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot
Debolezza, anomalie, deformità congenite	1	1	2	Malattie diabetiche, atrofia, anuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	2	2	» » tubercolose, scrofolose	3	3	6
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	2	1	3	» nervose	1	»	1
Difterite e croup	5	6	11	» ematiche	»	»	»
Coclussie	2	2	4	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	1	1	2
Morbillo	»	1	1	Dermatosi varie	1	»	1
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	1	1	2
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	2	3	5	TOTALE	66	59	125
» miliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	5	5	Non appartenenti alla popolazione di Torino	10	12	22
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	»	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	1	»	1	TOTALE nella 10ª settim.na	76	71	147
Malattie dell'appar.o respiratorio	27	16	43	» nelle settim.e precedenti	677	754	1431
» dell'apparato dell'alimentazione	7	11	18				
» dell'app.o cardio-vasale	7	4	11	TOTALE complessivo	753	825	1578
» del sistema nervoso	2	2	4				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	670	722	1392
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 10ª settimana	71	79	150	11	2	13
Nelle precedenti	599	593	1192	62	43	105
TOTALE COMPLESSIVO	670	672	1342	73	45	118

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

SOPRA

UN ACCUSATO DI BORSEGGIO TRATTENUTO NELLE CARCERI

Per il Dott. ALBERTOTTI GIOVANNI
Medico ordinario del R. Manicomio di Torino

Esame psicologico.

B. G. d'anni 50, di professione erborista, figlio di padre anch'esso erborista, che venne condannato a tre anni di carcere per maltrattamenti all'Autorità pubblica, tiene pure due fratelli anch'essi condannati al carcere da tre ad otto anni per furto e manutengolismo.

Il B. G. diede segni molto precoci di non aver tralignato dal perverso carattere dello stipite perchè all'età di 13 anni, oltre alla malavoglia di frequentare la scuola, oltre all'inclinazione alla crapula ed all'ubbriacchezza, si dava già al furto, per cui subì cinque anni di carcere.

Digitized by Google

Militò poscia per breve tempo nell'esercito nazionale, ed anche qui subì varie punizioni, in parte per diserzione, ed in parte per rissa e manutengolismo, e reso libero in società ripigliò subito l'antica occupazione per ritornare presto all'ubbriacchezza ed al furto, per cui a più riprese nel breve giro di dieci lustri più di cinque né scontò nel carcere da abituarsi a cotal vergogna ad un punto che ne discorre col più cinico indifferentismo, e da farsene perfino un vanto di pubblica benemerenza, che gli dovrebbe giustamente fruttare una giubilazione.

Non manca poi a quest'individuo il comun andazzo dei delinquenti o di affibbiare ad altri il delitto, che a lui s'addossa dal fisco, o di negarlo assolutamente, nè manca l'energia sufficiente per rispondere analogamente alle domande fatte, sia intorno al suo stato economico, sanitario e civile, sia intorno alle sue abitudini, od alle circostanze dei vari arresti e delle varie condanne, salvo, ben inteso, il modo con cui narrando queste cose vuole dimostrare che il torto è dei carabinieri, del derubato o dei giudici, bisticciando anche intorno a certe formalità di procedura criminale da potergli concedere il giusto titolo di uomo provetto in simili materie.

Fisso poi nella convinzione della sua innocenza non si preoccupa punto di studiare il modo di difendersi con altra testimonianza che quella somministratagli dalla propria sinderesi, nè dà segno della minima dolorosa emozione, per quanto gli si getti in viso la taccia di borsaiuolo o di ladro, ed assevera colla più grande costanza con chicchessia, che è uomo molto perito nell'arte del tessitore e di disegnare telai, come pure nella conoscenza delle virtù e proprietà delle piante da voler convincere (e se ne indispettisce

Digitized by Google

se contrastato da compagni), che egli è capace di estrarre migliaia e migliaia di chilogrammi di zuccaro dalle radici del ginepro da poter vivere lautamente senza darsi al furto, e così dicasi di altre simili stramberie da non cederla a qualsiasi medicastro del contado, che vanta la sua scienza del conoscere la virtù delle erbe da un dono speciale della divinità, e che va spacciando con sibilline parole.

Inoltre se invitato a dar saggio della sua abilità nel disegno, non fa che tortuose linee ed insulsi scarabocchi, lo che indica appuntino l'inconsapevolezza del suo essere, e dell'irriflessione delle sue idee e dei suoi atti. Che più, mentre si vanta di aver appreso tutte queste arti nelle case di pena, per togliersi dall'ozio, come esso dice, non è mai stato capace di apprendere nè a leggere nè a scrivere il proprio nome, malgrado sia andato alcun poco a scuola da ragazzo, e frequentasse la scuola instituita nelle case di pena. Immorale e superstizioso, sprezza e canzona ogni rispetto ai sentimenti di religione, come di autorità civile. Se non che, mentre l'esagerazione e minifestazione di simili idee fluiscono ancora logicamente dalla di lui mente, qualora non lo si disvii con altro argomento estraneo, cessa bentosto quest'ordine naturale del discorso, conducendolo a parlare dell'attuale sua esistenza, poichè fattasi nella di lui mente una strana idea di metempsicosi, si crede più volte rifatto da una donna mangiando con farina di formento la polvere residua del proprio corpo già più volte fatto cadavere, intramezzando la narrativa di cotal scempiaggine collo storpiare misticamente le funeree parole della Bibbia *pulvis es et in pulverem reverteris.*

Digitized by Google

Esame somatico.

Lasciato pertanto il puro campo di indagine subbiettivo per passare a considerazioni d'ordine organico rilevo quanto segue, e che può dar ragione fino ad un certo punto del disordine morale. Uomo di mediocre statura (1,57) e di temperamento linfatico, con peso di chilogr. 52, ed avente un leggier grado di broncocele, dà le seguenti misure del cranio di forma bracchiocefalica, cioè:

Circonf.	D. Ant. p.	D. trasversale
510	185	150
Curv. ant. p.	**Curv. trasv.**	**Indice cefalico**
310	310	81

Cap. cran. 1495, lunghezza della fronte 170, larghezza 60; ha capelli biondi e fini.

Notasi calvizie dall'occipite al fronte nella parte mediana del capo, ed una solcatura assai profonda, che dal terzo superiore dell'occipite va in linea retta fino al coronale seguendo la direzione della sagittale, cosicchè ne divide il cranio quasi in due scompartimenti uguali. Ha barba lunga, piuttosto rara, di color rossigno, faccia secca con rughe verticali, occhio grigio, naso uncinato, con leggiera tinta giallognola della congiuntiva. Orecchie uguali, ma impiantate ad angolo molto ottuso.

La sensibilità tattile col compasso di Weber valutata nel punto in cui le due impressioni del compasso si confondono in una sola risulta al dorso della mano di 19 millim., al fronte di 15 millim., alla punta della lingua di 5 millim., alla punta delle dita delle mani di 2 millim. e 1|2.

Digitized by Google

Sensibilità generale misurata coll'algometro elettrico del Lombroso:

Al fronte di	9 1[4
Alla punta delle dita di	6 3[4
Alla punta della lingua	8 1[2
Alle labbra	8 1[2
Al dorso delle mani	6
La dolorifica alla palma delle mani serrate in pugno	4 1[2
Alla fronte	6 1[2
Alla punta della lingua	6 3[4
Alle gengive	6 3[4
Alle labbra	6 3[4

Dinamometria.

Pressione con ambedue le mani . . .	40
» colla mano destra . . .	20
» » sinistra . . .	18

Già da due mesi è ritirato nell'infermeria in osservazione per sospetto di pazzia, e viene rimarcato dalle guardie particolarmente per l'insonnia quasi continua in tutte le notti, e che quando è levato non sta mai fermo, ed anche parlando passeggia continuamente.

Non osservasi alcuna lesione di motilità nella lingua, ma è pienamente constatato il tremolio delle estremità superiori, che il malato attribuisce alle conseguenze dell'età; però depone, che già da 2 anni si manifestò questo disturbo, ed accenna pure che all'età d'anni 24 nelle carceri di Alessandria soffrì l'itterizia, per cui fu salassato più volte, che subì altra malattia più grave all'età di 30 anni circa, la quale a quanto

Digitized by Google

potrebbesi ricavare dalle sue espressioni, parrebbe vestisse la forma di una febbre continua e che lo attaccava al mattino con dargli dolore al capo così intenso che gli faceva perdere persino la mente, e che durò, malgrado abbia sempre fatto uso delle sue erbe, per sei mesi, e che ne guarì solo quando prese un rimedio somministratogli da un cerretano. Quest'ultimo fatto morboso spiega benissimo la precocità della calvizie quale conseguenza di affezioni cerebrali concomitanti talvolta le febbri periodiche, a cui in generale si attribuisce pure una certa influenza sullo sviluppo della vesania. L'affezione epatica sofferta, e curata con salassi, può pure avere una prova dalle cicatrici che si osservano alla piega delle braccia e dal colore giallognolo della congiuntiva, ed anche della cute, sebbene molto leggiero, giacchè coloro i quali soffersero affezioni epatiche ne conservano sempre più o meno le traccie.

Rifondendo ora tutti gli elementi psicosomatici in un solo concetto, quale sarà la conseguenza, che se ne ritrae? Sarà l'inquisito un delinquente, un pazzo, ovvero un uomo costituito nelle condizioni normali della vita ordinaria archetipata dalla moderna civiltà? Il quesito in questi termini implicherebbe la necessità di risolvere il grave problema per sapere, se debbasi considerare la delinquenza (1) come una semplice forma particolare di psicopatia, la quale escluderebbe di necessità il libero arbitrio, per cui anche il delinquente ugualmente che il pazzo sarebbe

(1) Essendosi da taluni scrittori di medicina legale verificato, che la delinquenza al pari della pazzia è sempre caratterizzata da speciali sintomi, come da cause e sviluppo proprii, non si mancò di qualificare il delinquente come un alienato, a cui si devono applicare speciali trattamenti per averne il desiderato miglioramento.

Digitized by Google

irresponsabile dei suoi atti, e la società avrebbe solo il diritto di usare le dovute precauzioni, per evitarne i danni, segregandolo, ma non il dovere, e diritto di punirlo.

Quindi è che semplificando la proposizione a seconda della legge attuale, che ci governa, per cui è creduto solo irresponsabile colui, il quale agisce sotto il fascino di un delirio intellettivo, da cui ne resta offuscata la mente, ed inceppata la libera volontà, ne viene, che l'investigazione devesi limitare al solo scopo, per sapere se l'inquisito abbia, o no agito con piena libertà, e coscienza del suo operato.

Considerando adunque le cause determinanti le azioni criminose di quest'individuo, devesi calcolare in prima linea la predisposizione ereditaria, per cui lo stipite paterno inclinava ad atti illeciti di violenza, e di indebite sottrazioni. Viene in seguito l'abuso degli spiriti molto precoce, che sovente è una ordinaria conseguenza della predisposizione alla pazzia come alla delinquenza. Questi due potentissimi fattori degli sconcerti cerebrali spiegano facilmente l'indolenza ed incapacità fin dai primi anni di accedere ad una sana educazione, rifiutandosi affatto, giovinetto, di andare alla scuola, o se pur vi andò tal poco, non fu capace mai di apprendere l'abbicì, ciò che, messo a pari del nissunissimo profitto tratto dall'istruzione di lettura e scrittura data nelle carceri, può già di molto avvalorare l'idea di un leggiero grado di imbecillità nativa.

L'osservare poi (se pur si può prestare fede alle asserzioni dell'inquisito), che egli dice di aver appreso nelle carceri il mestiere del tessitore, come anche l'arte di disegnare telai, e di lavorare in maglie, nulla detrae alla possibilità dell'esistenza di questa debo-

Digitized by Google

lezza cerebrale nativa, giacchè nissuno ignora, che imbecilli ed anche idioti possono acquistare una certa abilità, quasi automatica in alcune arti e mestieri appresi per semplice imitazione.

All'età di 13 anni già coglie il frutto della innata labe, e tratto al carcere vi sconta 5 anni di condanna per furto, e la dimora in questo luogo di sventura succede appunto nel momento più importante dello sviluppo educativo dell'uomo, poichè a quest'epoca la mente umana già comincia a correggere gli errori, e gli stimoli dei sensi colla riflessione, e la pubertà compie l'edifizio organico.

Ora è cosa abbastanza ovvia a concepirsi che un organo quale è il cervello (come anche qualunque altro organo) deve necessariamente subire modificazioni anormali quando la sua funzione è obbligata ad esercitarsi in un dato senso non adatto ad infondere e per così dire stampare sugli elementi cellulari sane impressioni, che, come tutte le cause morali, a lungo andare, finiscono per sconvolgere la stessa compage organica del cervello. Nel nostro caso concreto il corrotto ambiente morale del carcere senza alcun conforto nè dell'amico, nè del parente, che col cuore alla mano gli spiani la via al bene, in qual modo avrà mai potuto imprimere normali concetti in un organo in via di formazione stabile, che già fu pur anche scosso da intossicamento alcoolico oltre il tristo retaggio, che seco porta dai primi albori dell'esistenza? D'allora in poi l'accusato trascorre la sua vita fin al 50mo anno fra l'ubbriacchezza, il carcere ed il furto, cioè si trova continuamente esposto alle stesse cause, ed agli stessi effetti di una medesima malattia, cioè della sua debolezza mentale nativa accresciuta dal ripetuto intossicamento alcoolico e dal rinnovato

Digitized by Google

contatto di impuri stimoli, così, che la sua volontà, la quale nel suo vero significato non deve considerarsi come una semplice entità convenzionale astratta, indipendente da tante condizioni proprie dell'individuo riguardo al suo organismo, ed alle impressioni del mondo esterno, a cui fa capo l'educazione, ma bensì come una risultante di tutti questi fattori, dovrà, seguendo la legge comune dell'*ubi major minor cessat*, uniformarsi alla prepotenza di quelle forze, che lo facevano tendere al male, alla quale meta già spingevalo il tristo retaggio dello stipite, reso ancor più influente dalle sovra accennate condizioni.

Questa conclusione ristretta nel puro campo speculativo, per me (nello stadio in cui si trova ancora comunemente l'idea della delinquenza e della pazzia) non potrebbe bastare per ammettere uno stato abnorme escludente ogni responsabilità morale, ma esistono pur fatti, che possono togliere abbondantemente ogni dubbio anche dal lato organico, quali sono il temperamento linfatico, l'esistenza del broncocele, che quasi sempre accompagna le psicopatie difettive, la pregressa affezione epatica, e l'affezione cerebrale complicante una febbre periodica di lunga durata, le quali malattie soventissime volte lasciano per residuo la pazzia, o per lo meno una grave predisposizione ad essa.

Ora se a queste anamnestiche considerazioni si aggiunge la scemata sensibilità generale e dolorifica, e la scemata forza muscolare, in paragone di quella, che generalmente si scorge negli individui sani della stessa età e condizione, e finalmente il tremolìo delle membra superiori, e la costante insonnia, e l'agitazione osservata e constatata dalle guardie, non si può esitare (neppur valutando altri sintomi soggettivi,

Digitized by Google

quali le idee grandiose, e le idee fisse e strane di metempsicosi) nel conchiudere trattarsi effettivamente di una frenosi alcoolica già fatta cronica, passata cioè allo stato di frenosi paralitica progressiva innestata sopra un fondo di debolezza mentale congenita, e quindi di pazzia morale. Ed ecco la dolorosa via lungo la quale a rifratte dosi un cattivo germe, viziose abitudini ed immondi contatti rovinarono questa macchina umana, rendendola inutil peso, e, più che inutil peso, un danno pel comune consorzio. Ma questo uomo adunque dovrà nuovamente porsi a contatto di tutti, ovvero trattenerlo ancora nelle carceri? Nè l'uno, nè l'altro partito si può scegliere, giacchè nel primo caso formerebbe sempre un pericolo, e nel secondo si darebbe luogo ad un'ingiustizia, e perciò l'unica via che converrebbe per cotal uomo sarebbe una casa di lavoro, che tenesse il posto fra il carcere ed il manicomio.

In seguito a questo parere, corrobarato ancora da altra perizia medica, venne riconosciuto affetto da alterazione mentale, e perciò prosciolto dall'accusa per parte del Magistrato.

NOTE CLINICHE

Crediamo non affatto inutile di registrare alcune semplici note cliniche dei malati ricevuti nel R. Manicomio di Torino dal 1° gennaio alli 31 marzo di questo anno, semplici abozzi di osservazioni d'alcune psicosi, serventi come punto di partenza per ulteriori studi. Per mettere un po' d'ordine in queste osservazioni seguiremo la classificazione ora generalmente

Digitized by Google

adottata in Italia, stata proposta dalla Presidenza della Società freniatrica e specialmente dall'egregio Prof. Verga.

In clinica si osservano tutti gli alienati poveri che possono fornire interesse scientifico o pratico qualunque sia l'epoca del loro ricovero nel Manicomio, in queste note però riferiamo solo alcuni ragguagli su di quelli entrati nel 1° trimestre 1878. La seguente tavola ne indica il numero ed il genere di pazzie. Quattro uomini entrati negli ultimi giorni di marzo sono ancora in osservazione, e perciò non ancora classificati nosologicamente.

Entrati nel Manicomio di Torino dal 1° gennaio alli 31 marzo 1878 secondo il genere di pazzia.

	Uomini	Donne	Totale
Imbecillità	2	»	2
Idiozia	1	»	1
Cretinismo	1	»	1
Mania con furore	2	3	5
Id. senza furore	2	4	6
Manomania intellettuale	»	»	»
Id. impulsiva	»	»	»
Lipemania semplice	5	4	9
Id. con stupore	1	»	1
Demenza primitiva	»	»	»
Id. consecutiva	5	2	7
Pazzia morale o ragionale	1	»	1
Id. a doppia forma	»	»	»
Frenesi sensoria	»	»	»
Id. ipocondriaca	»	»	»
Id. isterica	»	»	»
Id. puerperale	»	1	1
Id. epilettica	4	»	4
Id. alcoolica	1	1	2
Id. pellagrosa	2	»	2
Id. paralitica	2	1	3
Id. senile	»	»	»
In osservazione	4	»	4
Totale	33	16	49

Degli uomini 2 erano pensionari, gli altri 31 e le 16 donne erano a carico delle Provincie.

Digitized by Google

Il primo gruppo è quello delle frenopatie congenite o frenostenie, le cui varietà sono l'imbecillità, l'idiozia ed il cretinismo.

Desse sono quasi sempre congenite, e consistono essenzialmente in un arresto di sviluppo dei centri nervosi, ovvero in uno sviluppo anormale, peccante cioè nella tessitura e composizione chimica dell'encefalo; ovvero ancora nella disarmonica evoluzione delle sue parti, come ad esempio quando una regione encefalica riesce esuberante, ed altre difettose, e quando ancora per precoce ossificazione del cranio, e specialmente della sua base, o per precoce saldatura delle suture della volta craniana, la massa encefalica è impedita nel suo svolgimento regolare, e per conseguenza nelle sue funzioni. L'inizio di queste infermità ha luogo per lo più durante la vita entro-uterina, o per vizio del germe stesso, o per l'azione di cause occasionali varie affettanti il fisico od il morale della madre. Però possono pure succedere per l'azione di vari agenti nell'infanzia, per opera dei quali succedono infiammazioni meningo-cerebrali, versamenti, tumori e lesioni simili che impediscono l'evoluzione regolare e le funzioni dei centri nervosi. Le accennate infermità si manifestano nell'organismo e nelle funzioni intellettuali e morali dell'individuo.

Imbecillità.

L'imbecillità si associa sovente a forme regolari ed anche belle di corpo, e l'imperfetto sviluppo dell'individuo si direbbe limitato alle funzioni psichiche, e ridotto ad una debolezza o fragilità intellettuale e morale. È però molto frequente la microcefalia e qualche asimetria craniana o faciale.

Digitized by Google

Sembra che l'organismo originariamente buono sia stato impedito nella sua regolare evoluzione da cause che agirono sinistramente sul sistema nervoso o prima, o poco dopo la nascita. Gl'imbecilli possono avere i sensi specifici, la sensibilità generale, la motilità e la percuzione normali, ma nelle facoltà dette d'ideazione sono ad un livello inferiore agli altri uomini; gli istinti e gli affetti sono in loro solitamente vivaci, anzi non essendo questi frenati dalle facoltà intellettive superiori poco svolte, si fanno esuberanti, e spingono ad atti, od osceni o pericolosi per cui debbono poi gl'imbecilli essere sequestrati. Invero l'imbecillità per sè, cioè scevra da ogni accesso pericoloso, non è causa di ricovero in un Ospizio. La causa determinante il ricovero è solitamente un atto brutale commesso contro le persone, un tentativo d'incendio, un furto, la tendenza all' ubbriachezza ed alle sue tristi conseguenze, e cose simili.

Altra causa frequente di ricovero degli imbecilli, come degli idioti sono l'epilessia, od altre affezioni convulsive affini, dall'azione delle quali ne segue un rapido deterioramento psichico, non che accessi di delirio furioso pericolosissimo.

Ora però avendo per scopo la narrativa d'alcuni fatti, non ci fermiamo più oltre sulle generalità dello stato imbecille e riferiremo alcune osservazioni.

Osservazione I. — G. G., di C. circondario d'Ivrea, anni 17, celibe, già fornaciaio, sa leggere e scrivere, entrato 11 febbraio 1878, proveniente dalle carceri di Ivrea dove stette 7 mesi per aver venduto un orologio statogli consegnato da un altro che l'aveva rubato.

Cause. Mal conformazione del cranio, il capo invero è appiattito al vertice, fronte bassa ed appiattita, capelli neri irti, naso piuttosto schiacciato, bocca larga, balbuzie, fisionomia sgradevole, statura bassa.

Digitized by Google

Craniometria.

Diametro antero-posteriore	mm.	178
Diametro trasversale	»	158
Curva antero-posteriore	»	310
Curva trasversale	»	300
Circonferenza	»	560
Ind. cef.	»	89
Capac. cran.	»	1506

S'aggiunse ancora la caduta da un albero or sono alcuni anni, e trascuranza delle leggi igieniche.

Nelle carceri aveva accessi d'agitazione in cui gridava, lacerava, non dormiva, disturbava gli altri. È già abituato al tabacco da fumo. Nel Manicomio non offerse lesioni organiche notevoli. Si alza, fa qualche lavoro e sta tranquillo finchè è sotto la soggezione del medico, ma poi cammina a passi concitati, fuma se può, canta e fischia. Risponde adeguato alle questioni semplici, mostra però corta intelligenza, nissuna previdenza, non può fissare l'attenzione su nulla più d'alquanti minuti, non ha rammarico d'essere rinchiuso. Del padre parla con qualche rispetto. La notte dorme pochissimo, è sonnambolo, parla ad alta voce dormendo, e tenta pure d'alzarsi.

Diagnosi. Semi-imbecillità con sonnambulismo ed accessi d'agitazione.

Prognosi. Potrà calmarsi ed anche cessare l'agitazione ricorrente che si può definire un esaltamento maniaco, ma i difetti somatico-psichici congeniti resteranno.

Prende qualche bagno, cloralio alla sera, si nutre regolarmente, e si eccita ad occuparsi in qualche cosa d'utile.

Digitized by Google

Osservazione II. — C. D., di V., circondario d'Ivrea, anni 24, celibe, contadino, entrato 4 marzo 1878. Causa ereditaria non si sa da qual lato; caduta da un albero. Si dice essere alienato da sei anni in seguito all'apprensione di dover fare il soldato, con tristezza ed idee di presecuzione, ma studiandolo bene si viene a conoscere essere imbecille di nascita.

Statura ordinaria, capo grande, mal conformato, quasi sferico.

Craniometria.

Diametro antero-posteriore	mm.	186
Diametro trasversale	»	160
Curva antero-posteriore	»	320
Curva trasversale	»	320
Circonferenza	»	570
Ind. cef.	»	86

orecchie ad ansa ed impiantate assai più basso del normale, sguardo e fisionomia melensa, sorriso continuo: tronco di lunghezza sproporzionata colle membra che sono corte e piccole; ben nutrito, anzi pingue; petto sviluppato, ma sterno breve, eritema semplice a varie parti del corpo, non febbre: quando sa d'essere osservato dimena le braccia e le mani in modo regolare e continuo come per corea: è sucido.

Interrogato non risponde che qualche sillaba sempre ridendo, e nascondendosi il volto colle mani. Non fu però sempre così attonito, poichè si sa aver appreso tal poco la lettura.

Si fa una prima diagnosi di imbecillità cui si aggiunse da tempo una stupidità per lesione cerebrale avventizia. Anche in questo caso la prognosi promette miglioramento della psicosi aggiunta, non potendosi correggere notevolmente i vizi congeniti.

Digitized by Google

Si danno alcuni bagni con bagnoli freddi sul capo; qualche evacuante; si nutre regolarmente, e si cerca di eccitarlo alla nettezza del corpo.

Idiozia.

L'idiozia è una degenerazione o se vuolsi infermità assai più preannunziata della razza umana che non l'imbecillità. L'imbecille ha un fisico che poco o nulla lo distingue dall'uomo sano, e possiede una somma di facoltà intellettuali e morali che, mediante l'educazione, le buone abitudini, e l'imitazione delle persone affettuose che lo circondano, può vivere in società ed essere utile a se stesso ed ad altri.

L'idiota ha sempre qualche deformità fisica. Lo scheletro, e specialmente il cranio sono la sede delle più essenziali anomalie che lo caratterizzano. Le facoltà intellettuali e morali sono così rudimentali, povere o mancanti, che generalmente non si possono dirigere ad alcuna utile applicazione. Vi sono bensì sovente gli istinti, e qualche sentimento od affetto unilaterale, che spicca nel generale abbassamento psichico, e secondo il grado di sua intensità, e lo scopo a cui tende riesce utile o dannoso all'individuo stesso od alle persone che lo circondano. Ma la riflessione, il raziocinio ed il discernimento sono mancanti. L'idiozia è più spesso ancora dell'imbellità d'origine congenita e le cause che la producono agiscono con un'intensità maggiore.

L'idrocefalo o l'ossificazione precoce del cranio e specialmente la precoce sinostosi sfeno-basilare sono la causa precipua di essa. Tali lesioni sebbene com-

Digitized by Google

piansi nell'infanzia, è però evidente che provengono da un processo che si inizia nella vita entro-uterina.

Oltre l'ereditarietà e le cause individuali, all'idiozia concorre sovente il clima, ossia tutte le circostanze cosmo-telluriche del luogo di nascita dell'individuo, le quali come sogliono dare il gozzo ed il cretinismo, così pure possono favorire l'idiozia che gli è molto affine. La statura degli idioti è per lo più bassa, vi sono frequenti deformità scheletiche, faccia sproporzionata col cranio, tipi di razze diverse dalla predominante nella popolazione, e che talora si avvicinano alla forma degli antropoidi; i caratteri dell'infanzia e puerizia uniti a quelli senili! L'idiozia ha molti gradi, da quello che susseguita l'imbecillità sino allo automatismo.

Griesinger aveva suggerito di classificare gli idioti secondo la gradazione che mostrano nella facoltà di parlare. Il linguaggio articolato essendo per eccellenza caratteristico dell'uomo, avrebbe dato un criterio di classificazione più attendibile ancora che altri caratteri psichici o somatici.

Ma se volessimo descrivere tutti i caratteri dell'idiozia dovremmo dare un'estensione illimitata a questa generalità. Dirò solo più che le cause determinanti il ricovero degli idioti nei manicomii sono, o le malattie che le si associano frequentemente, epilessia, corea, isterismo od accessi pericolosi determinati da istinti predominanti, o da tendenze nocive a se stessi e ad altri.

Ecco ora alcuni fatti:

Osservazione III. — F. G. d' Ab., circondario di Pinerolo, 27 anni, celibe, contadino, analfabeta, entrato li 11 febbraio. Risulta essere scemo dalla nascita, ma da un mese andare soggetto ad accessi d'agita-

Digitized by Google

zione con impulsi ad atti violenti contro le persone non che ad oscenità. Al suo ingresso aveva varie contusioni, residuo di lotte sostenute con varie persone fuori dello stabilimento.

È alto della persona (cent. 168) ma con portamento goffo e cascante, ha il capo mal conformato, schiacciato ad ambe le regioni parietali, fronte strettissima, D^a. AP. — 182 DJ. — 158 C^e. AP. — 310 C^a. Trae — 320 Circonf. — 550 Ind. cof. — 86, capelli che s'impiantano vicino ai sopracigli, occhio smorto, naso schiacciato, narici ampie, bocca larga, labbra grossissime, fisionomia quasi etiopica, meno il colore che è biancogiallastro, tronco lungo, membra pure lunghe, e grossolane.

Non parla se non per proferire ingiurie e bestemmie, è triste, irascibile, quasi incapace di mangiare da sè, sucido.

All'ingresso aveva polsi e calore febbrili, ed era agitatissimo; ora contrasse diarrea, e minaccia di avere decubiti al sacro.

Prognosi. Se si potrà arrestare la diarrea, e migliorare lo stato di nutrizione generale, si spera pure di migliorare lo stato psichico facendo cessare l'agitazione, e portando il malato allo stato in cui si trovava prima della giunta dell'agitazione maniaca.

Si fanno alcuni bagni tiepidi, ma si colliva la nutrizione, e si danno calmanti opiati. *(Continua).*

PORPORATI.

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Terapeutica delle malattie veneree e delle malattie cutanee, di P. DIDAY e A. DOYON. Parte 2ª *(Malattie cutanee*, Paris, 1876) (Dagli *Ann. Univ. di Medicina*, febb. 1877). —

Digitized by Google

Della prima parte di questo libro, trattata da Diday, abbiamo già parlato nella Rivista Sifilografica. Ora diremo della seconda di Doyon, il più succintamente che potremo.

Incomincia l'Autore col dare una idea di volo sulle varie classificazioni dermatologiche proposte dai singoli trattatisti, ed egli pure ne propone una nuova, nella quale cerca il miglior modo di raggruppare le affezioni della pelle dal punto di vista terapeutico, per cui ne prende gli elementi ora dalla forma eruttiva, ora dalla sede anatomica, ora dalla costituzione istologica, ora da un carattere saglienté ed ora dalla natura dimostrata o presunta della malattia.

Ecco quindi la tavola della sua classificazione, che noi crediamo necessario di riprodurre:

1.	Esantemi non contagiosi		Eritemi, Urticaria, Roseola
2.	Macchie	ematiche	Porpora
		pigmentali — percromatose	Efelidi, Melasma
		pigmentali — discromatose	Vitiliggine
3.	Vescicole		Miliare, Eczema, Erpete
4.	Pustole		Impetiggine, Ectima, Furuncoli, Antrace, Bottone d'Aleppo
5.	Bolle		Pemfigo, Rupia
6.	Papule		Lichene, Prurigine
7.	Tubercoli		Lupus, Lebra
8.	Esfogliazioni	congenite	Ictiosi
		acquisite	Pitiriasi, Psoriasi
9.	Ipertrofie		Elefantiasi degli Arabi

Digitized by Google

10. Atrofie		Sclerodermia
11. Neoplasie		Micosi Cheloide Carcinoma Melanosi
12. Malattie delle glandole sebacee		Acne e sue varietà
13. Lesioni dell'epidermide e delle unghie		Tilosi Onissi Peri-onissi
14. Lesioni dei peli		Canizie Alopecia Atrofia
15. Deformità		Nevi Verruche
16. Affezioni parassitarie	Parassiti animali	Scabbie Pidocchi
	Parassiti vegetali	Favo Tricofisia Pitiriasi versicolor
	Malattie ad elementi parassitarii indeterm.	Pitiriasi capitis Alopecia areata (Pelade)

Sebbene il lavoro del Doyon sia indirizzato alla cura delle affezioni della pelle, pure in ciascuna malattia egli si interessa della storia, dei caratteri diagnostici, dei sintomi, e di tutto quanto dovrebbe fare, se si vuole in modo più esteso, un vero trattato delle malattie della pelle; nella cura poi si ferma maggiormente, esaminandone i varii metodi, e proponendone i migliori, e così raggiunge mirabilmente il suo scopo. Siccome sarebbe troppo lungo e forse anche inutile il seguire l'Autore nell'esame di tutte le forme da lui descritte, così ci limiteremo a brevemente accennare alle più importanti.

E cominceremo dall' *Eczema*, nella qual forma, dopo averne data la definizione e la descrizione sommaria, dice che può cominciare tanto con un semplice rossore eritematoso, o con una vescicola, o una pustula o papula anche in uno stesso individuo, che

Digitized by Google

non è contagioso, che sotto qualunque forma si presenti, si ha dopo 24 o 48 ore secrezione di un liquido irritante alcalino, il quale tante volte è mescolato a sangue, e che dopo si hanno le croste, che possono essere di varie forme e spessore, le quali dopo un tempo variabile sono seguite da desquamazione epidermica e finisce senza lasciar cicatrice.

Nelle cause ammette con Hardy un'influenza ereditaria, per la quale gli individui vengono maggiormente a sentire ed a subire le le cause occasionali o l'influenza di certe funzioni fisiologiche, quali lo stato puerperale, la dentizione, la mestruazione, ecc., od anche di alcuni stati patologici.

Cura. — Nell' eczema infantile curare lo stato generale nelle altre sue funzioni, e se queste sono regolari, amministrare la mistura ferro-arsenicale, che è sopportata molto bene dai bambini e colla quale contro questa sorte di eczema si ha nell'arsenico un vero specifico. Nei casi cronici con dimagramento conviene l'olio di fegato di merluzzo anche combinato coll'arsenico.

Nella cura dell'eczema in genere raccomanda con Hardy, che non si rompano le croste e con Devergie crede, che secondo gli individui l'exema sarà guarito o coi cataplasmi, o colle polveri topiche o colle lozioni, ecc. Sono inutili od anche dannosi i sanguisughi locali, e l'applicazione dei vescicanti. Del resto in principio si farà una cura emolliente generale con bevande e purgativi, e irrigazione fresca di un'ora o più, due o tre volte al giorno. In seguito, cioè quando l'eruzione tende a passare al terzo periodo e che si vedono prodursi lamelle epidermiche aderenti, si fa la cura diretta contro la forma eczematosa, cioè contro la diatesi e contro le condizioni speciali del temperamento suscettibili di prolungare le manifestazioni. Fra i molti rimedii proposti contro l'eczema l'Autore ha trovato più efficace di tutto l'arsenico, ma dato solamente al terzo periodo, cioè quando si hanno i caratteri nell'affezione squamosa, e ne riporta infatti varie prescrizioni. I bagni dapprincipio emollienti, e poi leggermente eccitanti possono recare dei buoni servigi.

Fra i topici il più giustamente accreditato è l'impiego della tela di cautchouc vulcanizzata, applicata direttamente sulla parte ammalata nel primo periodo dell'eczema, prima che vengano appli-

Digitized by Google

cati i risolutivi e gli eccitanti. Questi sono molti e multiformi e ci basti citare fra essi l'ossido di zinco, l'acido benzoico, il percloruro di ferro, l'acido tannico, l'olio di Cade, il goudrone, ecc.

Erpete. — L'erpete circinnato e l'erpes iris essendo dall'Autore messe nelle affezioni parassitarie ne parla dicendo di queste. Descrive quindi la forma idro-artritica, la vescicolosa, la vacciniforme, la bollosa, e la generalizzata febbrile, che crede dover mettersi nel numero di quello stato particolare chiamato da Parrot *febbre erpetica*. Fatta menzione quindi di altre varietà di erpete di minore importanza viene al zoster, di cui ne dà i caratteri, e dice che deriva da irritazione del sistema nervoso periferico e centrale, e con Hybort crede che lo zona sia l'espressione cutanea dell'irritazione od infiammazione di determinati punti del sistema nervoso. La miglior cura è il non romperne le bolle e l'aspergerle con polvere di amido e di ossido di zinco, o pennellarle col collodion.

Impetiggine. — È una forma dell'eczema, in un grado maggiore di infiammazione, ha però caratteri obbiettivi diversi secondo la regione ed il temperamento del soggetto, su cui si mostra. Importante fra le altre è la impetiggine sicosiforme o mentagra, o sicosi non parassitaria, cioè l'infiammazione semplice del follicolo del pelo, in cui il numero delle pustole, il loro agglomeramento, ed i prolungamenti indurati dell'infiammazione del tessuto congiuntivo sotto giacente ponno dar luogo a masse tuberose di volume considerevole. Lo stato del pelo costituisce la differenza essenziale tra questa e la forma parassitaria, giacchè in questa il pelo sarà attortigliato, fratturato e presenterà la crittogama. Trascurata può dare una cicatrice indelebile, sulla quale non nasceranno più peli. La sicosi è più frequente nei soggetti erpetici (*Dartreux*).

Si deve ammettere un'impetiggine contagiosa? L'Autore non ha fatti propri per provarlo, pure la poca frequenza dell'affezione lo farebbero propendere per la negativa, e tende a credere, che nei casi prodotti da Devergie e Douand il liquido purulento abbia agito come irritante, suscitando nei soggetti contagiati la diatesi erpetica; e che in quelli di T. Fox non si fosse trattato che di eruzioni vaccinali. Insomma come l'eczema, l'impetiggine non è, il più sovente, che una manifestazione di questa diatesi. Cura nel primo periodo, vale la stessa come dell'eczema, nel secondo

Digitized by Google

bisogna far cadere le croste e qui più di tutto è miglior mezzo la cuffia di tela vulcanizzata. Nei casi, in cui l'infiammazione è vivissima, si userà il metodo antiflogistico anche generale, e dopo cadute le croste, le pomate e le lozioni ammollienti od astringenti, fra cui merita il primo posto l'olio di Cade. Si intende che non andrà mai trascurato di fare la cura generale purgativa in principio, e ricostituente o arsenicale dappoi. Nella sicosi l'Autore trovò utile usare gli ammollienti, indi le lozioni astringenti e nei casi antichi e persistenti la depilazione, e meglio il metodo misto di Bazin, cioè unzioni coll'olio di Cade, depilazione ed alcalini internamente. La depilazione è anche il metodo più pronto e sicuro nei casi di sicosi semplice, artritica, recidivante del labbro superiore. Annovera l'Autore altri mezzi topici e generali secondo le diverse forme.

Dopo aver descritto l'*ectima*, il *furoncolo*, l'*antrace*, e distinte queste due forme in quello che han di comune, e il bottone di Aleppo e di Biskra, arriva alle bolle e parlando pel primo del pemfigo nota come egli è del parere di Horand, che metterebbe il pemfigo acuto accanto alla varicella, ossia nei processi di febbre erpetica di Parrot; e nel pemfigo dei neonati riconoscerebbe quasi sempre un'origine sifilitica.

Nella cura del pemfigo crede che il compito del medico in generale sia quello di astenersi da tutti gli agenti, che potrebbero essere nocevoli, così sono poco convenienti i purgativi contro indicati, i bagni generali, meno nei casi, in cui sia completamente cessata ogni secrezione, impossibile a realizzare il *bagno semplice continuo* di Hebra, mentre invece bisogna far tesoro della cura generale ricostituente. Descritta quindi la rupia passa alle:

Papule — *Lichene*. L'Autore seguendo la scuola francese, pone nel lichene anche le forme umide papulose, che alcuni assegnano invece all'eczema, (eczema lichenoide, eczema papuloso). Quanto al *lichene agrius*, secondo Doyon, non è che una miscela di lichene e di eczema o di impetiggine. Descrive quindi tutte le numerose varietà di questa forma, nota come il lichene *urticatus* di Bateman non sia in realtà che un'orticaria complicata da lichene. Nel parlare del lichene *pilaris* riporta la bella descrizione che ne fa Bazin, e quella degli autori tedeschi ed inglesi del *pityus*. Ritiene

Digitized by Google

in genere il lichene come l'eczema e la psoriasi un'affezione diatesica erpetica, per cui nella eziologia vi entra molto la eredità. Nella cura sul principio bastano le applicazioni emollienti, ma il medico deve farsi molto carico del prurito e amministrare come più efficaci il cloroformio ed il cianuro di potassio, indi il cloralio, il sublimato corrosivo, l'olio di Cade. Internamente si amministreranno gli alcalini, e se l'individuo è deperito, i tonici, i ferruginosi ed al terzo periodo gli arsenicali, che in questo stadio corrispondono sempre (1).

Dell'uso della tintura di cantaride proposta da Devergie dice, che ad onta, che gli inconvenienti, che possono succedere, svaniscano col tralasciarne l'uso, pure è uno dei mezzi più eroici, che si conoscano, e che l'Autore non saprebbe troppo preconizzarne l'uso. Parla quindi di altri mezzi secondarii proposti.

Prurigine. — Ammette una prurigine anche senza papule. Nelle cause ne ammette una interna, che presiede al suo sviluppo presumibilmente congenita. Nella cura sta in prima linea il sublimato corrosivo per lozioni, indi raccomanda l'acqua bianca, la soluzione d'aceto, l'acqua di catrame, le cauterizzazioni col nitrato d'argento, ecc. I bagni sollevano gli ammalati, ed il metodo di Hebra è facilmente sopportato perchè, se non altro, durante questo l'ammalato non sente più l'incomodo del prurito.

Tubercoli — Lupus. — Avvi un lupus scrofoloso ed uno non scrofoloso, cioè che si manifesta in individui dotati della migliore costituzione. Il lupus non è un'alterazione sempre identica, ma un gruppo di affezioni, in cui la lesione iniziale può consistere in macchie, pustule, tubercoli, ecc., che termina sempre con una cicatrice indelebile. Ne distingue l'Autore due varietà: il *lupus non ulceroso* ed il *lupus ulceroso*; ne descrive le varie forme si dell'uno che dell'altro ed arriva agli altri caratteri generali e discorrendo del perchè la sede di predilezione del lupus sia il naso e la faccia, non conviene nelle vedute di Horand, che lo attribuisce alla strut-

(1) Noi potremo citare un caso ultimamente occorsoci di un lichene datante già da varii anni, il quale sotto la cura arsenicale e le unzioni di glicerolato d'amido solo alla località, guariva perfettamente nello spazio di due mesi.

Digitized by Google

tura anatomica di queste parti. Si diffonde poi principalmente sull'eziologia, dove dice che è più frequente questa malattia nell'uomo, e principalmente dai 15 ai 25 anni. Crede vi influiscano poco le professioni. La causa vera del lupus l'Autore la studia nelle varie specie di scrofola; con ciò però non vuol dire che possa provenire dalla sola scrofola, e ciò per venire a concludere che moltissime volte vi entra la sifilide lontana, anche lontanissima e derivata dai genitori, ma nel suo stato di decrescenza, quando era attenuata, alterata, per cui conchiude infine:

1° Che il lupus proviene da una delle specie morbose, di cui si compone la diatesi scrofolosa, o di una particolare specie di scrofola.

2° Che verosimilmente la specie particolare di scrofola, che risulta dalla sifilide terziaria trasmessa per eredità, entra come elemento importante nella produzione di certi casi determinati di lupus.

Quanto alla cura, appoggiato alle sue vedute, nei casi, in cui predomina l'elemento scrofoloso, consiglia i tonici, i ricostituenti e l'olio di fegato di merluzzo ad altissime dosi, e nei casi in cui la scrofola non predomini chiara, oppure che la cura antiscrofolosa non produca effetti, usa il ioduro di potassio alla dose quotidiana di 2 a 4 grammi, precisamente come se si trattasse di un caso di sifilide.

D'accanto alla cura generale deve sempre seguire la locale principalmente nei casi di lupus scrofoloso. L'Autore ne passa in rivista i varii mezzi proposti dagli Autori, indicandone i loro casi speciali di applicazione ed i loro modi di azione.

Descrive in seguito l'Autore:

La lebbra, l'ictiosi, la pitiriasi ed arriva alla

Psoriasi, malattia delle più ribelli, delle più insidiose, delle più pertinaci per recidiva, ma che d'altra parte può anche per nulla affatto influenzare il generale dell' ammalato, facilissima a ricono-

Digitized by Google

scersi e che nelle sue varietà è sempre di caratteri così spiccati da ritenersi facilmente. La sua origine invece è oscurissima: l'Autore è partitante dell'opinione di Hardy, che ritiene la psoriasi legata all'erpetismo e quindi trasmissibile per generazione. Parlando della *psoriasi boccale* ne ricorda in certi casi il difficile diagnostico, il colore caratteristico dell'iperplasia epiteliale, il suo speciale modo di presentarsi, la difficoltà di trovarne la influenza prima di sviluppo, e fra le opinioni di Bazin e Mauriac egli inclina più a crederla facile con Mauriac negli erpetici che negli artritici. Nell'uso della fuma trova solo una causa aggravante. È difficile nei casi di psoriasi terminanti in epitelioma di farne una specie distinta.

Quanto alla cura locale evvi almeno in principio poco a fare. Nella generale si sa oramai che l'arsenico è essenzialmente il rimedio delle affezioni squamose. Parlando del liquore del Fowler fa rimarcare, che se la soluzione è preparata da molto tempo, lascia depositare sulle pareti del vaso un leggier strato d'arsenico, il quale è tolto alla soluzione stessa, e che se il vaso è poco bene turato, l'acqua evaporando può renderla molto più intensa. Buona è pure la soluzione del Pearson (arseniato di soda), ecc. Nell'uso dei preparati arsenicali crede un difetto il continuare sempre nella dose medesima. Confronta i metodi di Biett e Devergie con quello dell'inglese Hunt, e trova giustissimo con quest'ultimo di dar mai l'arsenico allorchè vi siano ancora sintomi infiammatorii, e dice che volendo cominciare dalla dose dallo stesso proposta (18 goccie di liquore del Fowler) bisogna sorvegliare bene i sintomi fisiologici del medicamento. Questo metodo però è, secondo l'Autore, il preferibile.

In segnito l'Autore passa in rivista altri metodi interni ed esterni e fra questi crede topico per eccellenza l'olio di Cade, poi vengono la cura del sapone, quella col turbit minerale e molti altri rimedi. L'uso di certi cibi salati od eccitanti va proscritto almeno negli individui erpetici.

Digitized by Google

Noi, secondo il nostro assunto, non ci fermeremo a parlare dell'*elefantiasi* degli Arabi, della *sclerodermia*, della *micosi*, del *cheloide*, del *carcinoma* e della *melanosi*, di cui l'Autore fa una breve, ma chiara e completa descrizione, e lo seguiremo nelle

Malattie delle glandole sebacee. — *Acne.* Affezione della pelle, che si accompagna a qualsiasi alterazione dei follicoli sebacei, e di cui l'Autore ne designa le varietà ammesse dagli autori, non ne trova la causa generale in una disposizione diatesica particolare, ma crede che certe modificazioni fisiologiche o patologiche dell'organismo possano favorirne lo sviluppo, e si ferma principalmente sull'acne rosacea. Infine ne delinea chiaramente i varii metodi di cura, secondo i gradi e le varietà stesse.

Lesione dell'epidermide e delle unghie. — Comprendono la *tilosi*, l'*onissi* e *perionissi*.

Lesioni dei peli. — Canizie ed alopecia, che si divide in idiopatica o senile e sintomatica di lesioni del cuoio capelluto, parassitaria o meno, nell'atrofia del pelo stesso.

Dopo di aver detto anche dei nevi e delle verruche si occupa

Delle affezioni parassitarie. — È dovuto a Bazin l'onore di aver messo un poco di ordine nel caos, che prima di lui regnava in dermatologia nelle malattie parassitarie. I parassiti della pelle umana sono o vegetali od animali, questi si propagano per uova, quelli per spore. Possono produrre ciascuno diverse eruzioni concomitanti. Sono assolutamente contagiosi, sebbene alcuni individui abbiano poca recettività a questo contagio. Lo scopo primo curativo è quello di distruggere il parassita, il secondo di curare le eruzioni consecutive.

Scabbie. — Carattere patognomonico dell'acaro sono la sua presenza e la vista dei solchi delle sue gallerie, che contengono 10 o 15 uova precedute dalla femmina, che le ha depositate. All'estremità di ciascun solco, che ponno avere varia forma e frequentemente quella di un'S, si trova un leggier rialzo bianco, rotondo,

Digitized by Google

dove si trova l'acaro. Eruzioni concomitanti sono papule, vescicole, pustole e furoncoli. Il prurito si manifesta dopo 5 a 10 giorni dal contagio, pel quale si ponno avere anche delle croste sanguigne.

Quanto alla cura, altro è la cura che si può fare in un ospedale, altro è quella che si può fare nelle famiglie. Nel primo caso tutto deve essere subordinato alla rapidità della cura stessa, nel secondo caso è che questa non interrompa agli ammalati di attendere alle loro faccende. Quindi prima di scegliere un metodo bisognerà aver riguardo all'età del malato, al sesso, alla irritabilità della cute, ed alla presenza di eruzioni concomitanti.

L'Autore adunque designa i processi curativi più usitati. Per la cura rapida descrive il noto sistema di Hardy, che guarisce la scabbia in un'ora e mezza senza bisogno di ritenere l'ammalato all'ospedale. Poi quello di Vleminchx molto analogo al precedente. Però questi metodi valgono quando le eruzioni concomitanti sono discrete, la pelle poco irritabile. Nei casi, che non convenga adoperare questi metodi, fa ancora la cura rapida ma modificata, come egli insegna. Così nei bambini e nelle donne irritabili di pelle adopera il solfuro di calcio, di cui dà diverse formole, lo storace liquido, quindi lo zolfo e molti altri rimedii. Dà quindi i segni della guarigione della scabbia e la cura delle recidive.

Pitiriasi. — Discorre dei fenomeni del *pediculus capitis, vestimentorum* e *pubis*, notissimi.

Parassiti vegetali. — *Favo.* — Parassita vegetale (achorion Schoenleinii) può dar luogo a tre varietà (Bazin): la tigna orceolaria, la scutiforme e la nummulare, e alla porrigo squarrosa. Descrive i caratteri di ciascuno, parlando anche delle complicazioni (impetiggine, ectima, ecc.). Accenna alla guarigione spontanea della tigna, sebbene poco frequente, ed in una parola si appoggia al già detto da Bazin.

Nella cura descrive il metodo di questo Autore come il più opportuno.

Digitized by Google

Tricofitia. — *Erpete cincinnato, erpete tonsurante e sicosi.* — Parassita: il Tricofiton. Descrive la prima e la seconda forma, e parla della terza sicosi parassitaria, come ultimo periodo dell'erpete tonsurante. Queste forme, di cui l'Autore dà chiaramente i caratteri proprii e delle complicazioni, possono contemporaneamente esistere sullo stesso individuo. Possono guarire anche da sè, ma producendo l'alopecia.

Cura. — Bisogna cercare di distruggere il parassita. L'epilazione è fra tutti il mezzo più razionale e più pratico, seguita da unzioni di olio di Cade, di pomata al turbit minerale, ecc. Però questa non vale in tutti i casi e Bayon li designa. Lailler sostituì il rasoio alla pinzetta depilatoria, susseguita da applicazione di pomata, che produce una infiammazione della pelle, una dermite, che distrugge il parassita. Inoltre parla di altri varii mezzi secondarii.

Pitiriasi versicolor. — Parassita il microsporum furfur. Niente di ragguardevole.

Malattie ad elementi parassitarii indeterminati.

Pitiriasis capitis. — L'Autore crede che le spore trovate da Malassez in questa dermatosi non siano che secondarie.

Alopecia areata (Pelade). — Secondo l'Autore non è ancora abbastanza provata la natura parassitaria di questa affezione (microsporum Audouini di Bazin), nè il ritenerla una semplice trofoneurosi, considerando come affatto secondarie le spore. Osserva a questo riguardo l'Autore, che si trovarono spore in molti casi, in altri non se ne trovarono punto, che vide moltissimi casi di non contagio, che la tigna tonsurante si trasmette facilmente e l'alopecia areata no; questa non è inoculabile mentre il favo ed il tricofiton lo sono.

Cura; Descrive i metodi di Bazin, Lailler, Vidal, Besnier ed Horand, concludendo che la cura deve basarsi principalmente sullo impiego di topici eccitanti, onde determinare un certo grado d'in-

Digitized by Google

fiammazione, d'irritazione del cuoio capelluto e dei follicoli piliferi, e che è necessario cercarne una, che oltre al rendere la guarigione nel minor tempo possibile, ne prevenga le facili recidive.

Finisce il suo lavoro l'Autore con un bel trattato sull' impiego delle acque minerali nelle malattie della pelle.

Il trattato insomma del Doyon è molto utile al pratico non solo, ma anche allo specialista, perchè sotto il modesto titolo di *Terapeutica delle malattie cutanee* passa in rivista e dilucida molti punti controversi in dermatologia e segna in questi un vero progresso.

Sulla prurigine varicelliforme, *del Dott.* J. Hutchinson (*Revue des scienc. méd.*, avril 1876).

Hutchinson in una lezione trattò della prurigine varicelliforme, che egli osservò nei bambini, e che venne descritta sotto il nome di varicella persistente. Secondo l'Autore, questi casi incominciano come varicelle franche, senonchè invece di scomparire in qualche giorno, l'eruzione si prolunga indefinitivamente per la formazione di successive vescicole, che lasciano in seguito delle ulcerazioni più o meno larghe e profonde. L' irritazione è molta e fastidia molto l'ammalato, che deperisce. L'eruzione continua per parecchi mesi, e le piaghe rassomigliano o all'ectima o al lichene *urticatus*.

Si potrebbe confondere colla vera varicella, ma il periodo vescicolare, che si ripete nel corso della malattia, toglie ogni dubbio. Nelle parti, ove la pelle è sottile, può prendere l' apparenza del pemfigo, la sierosità si intorbida prestissimo e l'eruzione cagiona all'ammalato un vivo prurito, per cui ne rompe le bolle, che possono trovarsi pure alla pianta dei piedi e al palmo delle mani. Nei luoghi, ove la pelle è sottile, molto, le piccole bolle si rompono lasciando piaghe ulcerate e ricoperte da croste; sulla testa queste lesioni prendono l'aspetto del favo.

Queste eruzioni succedono talvolta anche alla vaccinazione, ed infatti si videro alcuni fatti di tal genere.

Digitized by Google

L'Autore in moltissimi casi osservò papule e vescicole frammischiate; e le parti più facilmente attaccate furono le articolazioni nelle loro piegature, la pianta dei piedi ed il palmo della mano.

Questa sede di predilezione differenzia l'eruzione da altre forme di prurigine, e prova che non si tratta di lichen, il quale non è che un'infiammazione cronica dei follicoli dei peli (secondo l'Autore) e che perciò non si può trovare dove non esistono peli.

Osservazioni sulla malattia linfatica dello scroto e delle affezioni concomitanti, *del Dottore* Patrick Manson (*Revue des scienc. méd.*; avril 1876).

La malattia linfatica dello scroto fino ad ora non fu osservata che nelle Indie Inglesi, ed è quasi sempre associata all'elefantiasi o alla chiluria dei tropici e, secondo l'Autore, essa pure è una malattia parassitaria ed il parassita sarebbe la *filaria sanguinis humani* descritta dal Levis.

I sintomi caratteristici sono uno stato varicoso dei linfatici dello scroto, che lasciano trasudare un liquido somigliante al latte; la pelle di questa parte si ingrossa, si fa rugosa, si copre di vescicole producenti il liquido suddetto. Queste alterazioni coincidono molte volte colla chiluria, che riconosce per causa la dilatazione e la rottura dei vasi linfatici dei reni o della vescica (Beale e Roberts). Levis trovò un gran numero di volte la filaria nel sangue dei chilurici, e anche nel liquido ottenuto dalle punture dello scroto di apparenza elefantiaco.

Questo parassita si presenta sotto l'aspetto di un verme lungo, rassomigliante ad un piccolo serpente, del diametro di un globulo rosso del sangue e di una lunghezza eguale presso a poco quarantasei volte la sua larghezza.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 12ª settimana

dal 17 al 23 marzo 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	14	5	19	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	5	6	11
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, eclampsia	3	2	5	» nervose	»	1	1
Difterite e croup	5	7	12	» ematiche	»	»	»
Coclussie	1	3	4	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	»	1	» scirrose, cancerose	»	2	2
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermit.te e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	4	2	6	TOTALE	85	88	173
» miliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	3	3	Non appartenenti alla popolazione di Torino	15	13	28
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	2	3				
Avvelenamenti diversi	1	»	1				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 12ª settim.na	100	101	201
Malattie dell'appar.to respiratorio	31	42	73	» nelle settim.e precedenti	819	884	1703
» dell'apparato dell'alimentazione	12	8	20				
» dell'app.to cardio-vasale	3	2	5				
» del sistema nervoso	5	2	8	TOTALE complessivo	919	985	1904
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, scrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	810	865	1675
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 12ª settimana	63	53	116	6	5	11
Nelle precedenti	731	729	1460	78	52	130
TOTALE COMPLESSIVO	794	782	1576	84	57	141

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PORPORATI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta delli 15 *marzo* 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Peyrani, Perassi, Porporati, Perosino, Mosso, Bottini, Bizzozero, Colomiatti.

Letto ed approvato il processo verbale della seduta precedente, il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Annuario dell'Accademia Reale delle Scienze di Torino per l'anno 1877-78. Anno 1°. Torino, 1877.

Atti della R. Accademia dei Lincei. Anno CCLXXV, 1877-78; serie terza. *Transunti*, Vol. II, fasc. 1-2. Roma, 1878.

Atti del Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti, dal novembre 1876 all'ottobre 1877, Tomo 3°, serie 5ª, dispensa 10ª. Venezia, 1876-77.

Atti del Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti dal novembre 1877 all'ottobre 1878, Tomo 4°, serie 5ª, dispensa 1-2-3. Venezia, 1877-78.

Atti della Reale Accademia dei Lincei. Anno CCLXXIV, 1876-77, serie terza. *Memorie della classe di scienze morali, storiche e filologiche*, Vol. I. Roma, 1877.

Atti della Reale Accademia dei Lincei. Anno CCLXXIV, 1876-77, serie terza. *Memorie della classe di scienze fisiche, matematiche e naturali.* Vol. I, dispensa 1ª e 2ª. Roma, 1877.

Digitized by Google

BARBOSA *Prof.* — *Le pansement* (al Socio Berruti per rapporto) *d'Alphonse Cuérin à la Société Royale des sciences médicales de Lisbonne.* Paris, 1877.

CAROLINA LUPPI e TERESINA REGGIANI — *Ettopia intestinale. Istero-epilessia vinta colle pillole di Mèglin.* Modena, 1878 (Estratto dallo *Spallanzani*).

CASANOVA *Dott.* ACHILLE — *Nuova teoria-pratica ematologica intorno la flagosi confrontando nell'argomento la medicina dei contemporanei con quella degli antichi.* Milano, 1878.

CONTI *Dott.* ANTONIO — *La migliare.* Sassari, 1878.

DENZA *Prof.* FRANCESCO — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri.* Vol XII, N^ri 3 e 4. Torino, 1878.

FIALLA *Dott.* LOUIS — *Guérison de six aveugles-nés.* Bucarest, 1878.

GIACOMINI *Prof.* CARLO — *Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo.* Torino, 1878 (Estratto dalla *Gazzetta delle cliniche*) (al Socio Porporati per rapporto).

HENNEQUIN *Dott.* J. — *Des fractures du fémur et de leur traitement par l'extension continue.* Paris, 1877.

LOMBARDINI *Prof.* L. — *Distribuzione geografica del Cammello.* Roma, 1878 (Estratto dalle *Memorie della Società geografica).*

MARAGLIANO *Prof.* E. — *La patologia generale ed i suoi rapporti collo scibile medico.* Lezione d'apertura della scuola di patologia generale nella R. Università di Genova. Genova, 1878.

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie 11, vol. XI, fasc. 1 e 2. Milano, 1878.

RIPA *Dott.* LUIGI — *La medicina comunale o la civiltà igienica.* Anno XVIII (marzo). Seregno, 1878.

RIZZETTI *Dott.* GIUSEPPE — *Bullettino medico-statistico della città di Torino,* N. 5 a 9. Torino, 1878.

Statistica delle carceri per l'anno 1875. Palermo, 1877.

VALERANI *Dott.* FLAVIO — *Sulla cura delle angiectasie colla galvano-caustica termica.* Milano, 1878 (Estratto dagli *Annali Universali.* Vol. 243).

VERARDINI *Dott.* FERDINANDO — *Di un vasto aneurisma dell'arco aortico fattosi per due volte esterno e favorevolmente curato coll'ago-elettro-puntura, storia e considerazioni.* Bologna, 1878 (seconda edizione).

Digitized by Google

VERONESE *Dott.* GIUSEPPE — *In occasione della morte di S. M. Vittorio Emanuele II Re d'Italia, e della salita al trono di S. M. Umberto I.* Bologna, 1878.

WEHENKEL *Dott.* I. M. — *Rapport général sur l'état sanitaire des animaux domestiques pendant l'année* 1876. Bruxelles, 1878 (Extrait du tome XXX du *Bulletin du Conseil supérieur d'agriculture*).

Quindi il **Presidente** legge una lettera del Rettore della R. Università di Pavia, nella quale l'Accademia è invitata ad assistere in Pavia alla inaugurazione del monumento ad Alessandro Volta, e prega il Socio Bottini a voler rappresentare l'Accademia nella solenne funzione, il quale accetta il mandato.

Dopo ha la parola il Socio **Colomiatti** che legge un suo lavoro intitolato: *Contribuzione allo studio dei tumori della parotide*, il quale sarà stampato nel Giornale.

Finita questa lettura il Socio **Bottini** presenta una sua operata guarita di *esportazione totale della ghiandola tiroide affetta da gozzo parenchimatoso*, e legge un suo lavoro relativo, il quale pure sarà stampato nel Giornale.

In seguito, l'ora essendo tarda, il **Presidente** scioglie la seduta.

Il Presidente **Olivetti**.

Il Segretario particolare **Colomiatti**.

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

CONSULTO MEDICO LEGALE

La P. Angela, d'anni 20, dimorante a C., si recò, il 30 p. p. marzo, in istato di gravidanza, presso una levatrice, residente a Torino; ed il 5 aprile ripartì

Digitized by Google

sgravata per il suo paese. Queste cose sono ammesse dalla P. e confermate dalla levatrice. La P. dice, che la sua gravidanza contava da 4 a 6 mesi, e che lo sgravamento fu promosso dalla levatrice coll'uso di un rimedio salino e coll'introduzione di un corpo pungente nella cavità dell'utero.

Lo sgravamento della P. non rimase segreto, ed essendosi, l'11 aprile, trovato sulle sponde del Po presso C. il cadavere d'una bambina, il sig. Pretore di B. commise al Dott. sig. L. di riconoscere, se questa bambina potesse per avventura essere stata partorita dalla P. Il perito riferì sulla bambina l'11 aprile, e sulla P. il 15 stesso mese.

Nella relazione che riflette la bambina è detto che essa non presentava esternamente veruna lesione per cui potesse sospettarsi che la morte fosse avvenuta per violenze esteriori, che il funicolo ombilicale non era allacciato, che la putrefazione era incominciata, che l'epidermide era staccata dalla cute, che la morte della bambina aveva avuto luogo 5 o 6 giorni prima della relazione.

Nella sezione cadaverica poi, fatta nello stesso giorno, il perito trovò che la polpa cerebrale era spappolata di color pavonazzo sbiadito e fetida, che la pia madre era molto iniettata e rammollita, che il cuore conteneva alcuni coaguli sanguigni, che i polmoni erano sviluppati e crepitanti sotto il taglio e sotto la pressione delle dita, e stavano a galla sull'acqua, che tutti questi visceri e quelli dell'addome non presentavano veruna lesione. Da tutto ciò, egli dice, « posso con certezza affermare che il bambino fu immerso nell'acqua dopo aver vissuto più o meno tempo, per lo meno alcune ore, e che è nato vivo, e la causa della di lui morte fu la sommersione nell'acqua, ciò che de-

Digitized by Google

duco dalla faccia turgida, dal globo dell'occhio alquanto prominente dalla sua cavità, dall'iniezione sanguigna molto pronunciata della dura madre e della sostanza cerebrale, dalle dita delle mani raggrinzate, sintomi che si trovano costantemente in tutti gli annegati. E che, stante il poco tempo che il bambino ha potuto vivere, la non allacciatura dell'ombilico non potè arrecare da sè sola la morte ».

Nella relazione sulla P. il perito dichiara, dietro esame personale, che i capezzoli e le areole avevano un color scuro ed un notevole sviluppo; che le mammelle erano dure e bernoccolute, e che, anche leggermente compresse, gemevano un liquido che aveva tutti i caratteri del latte; che l'addome era molle, non molto rugoso e che dall'ombilico sino al pube si vedeva una linea bruniccia ben marcata nella direzione della linea bianca; che dalle parti genitali colava un umore viscoso, abbondante coll'odore caratteristico dei lochi; che la vagina era piuttosto ampia; che il corpo dell'utero era grosso e la sua bocca facilmente dilatabile col dito; che il bacino permetteva una regolare gestazione, e che la P. non presentava malattia di sorta.

Da questi fatti il perito dedusse che la P. aveva partorito 12 o 15 giorni prima del suo esame, che la gravidanza oltrepassava al certo il 5° mese e si avvicinava probabilmente all'8°, e questo ultimo giudizio lo desunse dall'abbondanza dei lochi e del latte.

Viste queste relazioni, il sig. Pretore commise al perito la soluzione dei quattro seguenti quesiti che io riferirò testualmente perchè furono a me pure proposti, il 24 aprile, dall'Illustrissimo sig. Giudice istruttore, e darò mano mano il mio giudizio su ciascuno di essi, premettendo sempre la soluzione letterale del Dott. sig. L.

Digitized by Google

Primo quesito — Se il parto dal 5° all'8° mese possa ravvisarsi un parto vitale o non, naturale o provocato.

A questo quesito il Dott. sig. L. risponde: « il parto non può essere naturale se la gravidanza non ha oltrepassato l'8° mese; ed il feto non è vitale se non ha oltrepassato i 184 giorni. Però nel caso presente non potersi stabilire se il feto sia stato vitale o non, e se l'aborto sia stato provocato o no ».

Si ha per vitale quel feto che per la sua età e per lo stato de'suoi organi può presumibilmente vivere la vita dell'uomo. L'età in cui il feto è considerato vitale varia, a seconda dei codici, dai 180 ai 210 giorni, dai 6 ai 7 mesi.

È naturale lo sgravamento che si fa per termine di gravidanza e per alterazioni morbose fortuite della gestante o del feto — è invece provocato quando è criminoso od è promosso dall'arte nei casi specialmente in cui l'uscita del feto maturo non potrebb'effettuarsi per deformità del bacino. Lo sgravamento per conseguenza può essere naturale o provocato, volontario cioè od involontario a qualunque mese della gravidanza, ed, a seconda delle diverse epoche in cui si effetua, prende il nome di aborto, di parto precoce o di parto maturo o a termine.

Secondo quesito — Se possono esservi o si riscontrano cause esterne che possano nella P. aver determinato il parto; o quanto meno se si hanno indizi di tracce interne al riguardo.

A questo quesito il Dott. sig. L. risponde « non osservarsi nè internamente nè esternamente indizii che la P. siasi sgravata violentemente, vale a dir con mezzi meccanici ».

Dei mezzi criminosi che si usano per promuovere l'espulsione del feto dall'utero altri sono medicamen-

Digitized by Google

tosi ed altri meccanici. I primi sono tutti di dubbia azione, non sono direttamente abortivi, e non lasciano indizii caratteristici del loro uso. — I mezzi meccanici sono invece di effetto certo, ove si riesca ad aprire la bocca dell'utero e si offenda il feto anche solo nei suoi involucri. Questi mezzi meccanici debbono certamente produrre alterazioni materiali, ma queste alterazioni sono della stessa natura di quelle che, in grado maggiore, si fanno necessariamente nell'atto dell'espulsione del feto, e per conseguenza, a parto compiuto, non possono essere sceverate. Le stesse violenze materiali sul ventre della gestante, anche quando sono così gravi da determinare subito l'espulsione del feto, non possono d'ordinario essere avvertite, massime se l'esplorazione non è fatta prontamente.

Sono dunque rarissimi i casi di sgravamento provocato in cui si possano trovare sul corpo della donna le tracce dei mezzi che si usarono per produrlo.

Terzo quesito — Come si spieghi l'aborto d'una giovane, come la P., che nel vigore dell'età ed in piena salute parte il giorno 30 marzo da C.; giunge a Torino nello stesso giorno, e 48 ore dopo si sgrava del peso che portava, ed altri tre giorni dopo ritorna in buon stato di salute al proprio paese.

Il Dott. sig. L. così dice: « basandomi sulla regolare conformazione del bacino e sullo stato di florida salute, se l'aborto ha avuto luogo, deve necessariamente essere stato provocato ».

Quest'opinione non è a mio avviso sostenibile, perchè anche la donna ben conformata e dotata di florida salute può avere la disposizione abortiva ereditaria, la debolezza parziale o leggere malattie istrumentali dell'utero, perchè essa pure è soggetta a cadute, a sincopi, spavento e simili; e perchè l'aborto

Digitized by Google

dipende sovente da malattie del feto, dall'inserzione della placenta sull'orifizio uterino — cose che possono esistere o succedere indipendentemente dalla volontà, dalla conformazione e dallo stato di salute della gestante. Ciò posto, non può contestarsi la possibilità che la P. siasi trovata sotto l'influenza di qualcheduna di queste cause, durante il suo breve soggiorno a Torino; come non fa sorpresa, che ella siasi restituita molto presto a casa sua, perchè questo viaggio era possibile anche dopo un parto a termine e poteva anche effettuarsi senza danno.

Quarto quesito — Se e quali medicine per avventura possa aver preso onde procacciarsi l'aborto; se possa essere stato perpetrato da sola, o di complicità con altri, ed infine se la di lei conformazione organica non fosse tale da permettere di portare un feto fino a piena gestazione, e se in ogni ipotesi non possa anche darsi il caso che la P. possa essersi sgravata a nove mesi di un feto dotato di completo sviluppo.

A questo quesito il Dott. sig. L. risponde: che « la P. potrebbe benissimo aver avuto un parto al 9° mese compiuto, ma stante che trascorsero omai 15 giorni dacchè ebbe partorito, non si potrebbe in questo caso dare un definitivo giudizio; che vi sono benissimo mezzi meccanici per procurare un parto prematuro, ma in questa circostanza non vi sono indizi che la P. possa da sè sola averli usato ».

Alla prima parte di questo quesito già risposi nella soluzione di altra questione. Per quanto spetta alla parte seconda, dichiaro che, se è vero che lo sgravamento della P. fu promosso dall'introduzione di corpo pungente nella cavità uterina, si deve ragionevolmente ammettere l'opera di un complice, perchè questa introduzione esige nozioni anatomiche che la

Digitized by Google

P. non possiede, ed è di un'esecuzione difficilissima, se non impossibile, anche per una donna istruita che voglia operare su di sè.

Per quanto spetta alla terza domanda, pare ben accertato dalle deposizioni del Dottore sig. L. che la P. aveva forme acconcie per arrivare al termine della sua gestazione.

Per rispondere finalmente all'ultima parte di questo quesito mi valgo dei fatti riferiti dal Dottore sig. L. in un supplemento di perizia avente la data del 1° maggio. In esso è detto che la secrezione del latte era cessata allora allora, e che le mammelle presentavano ancora qualche indurimento; che lo scolo dei lochi continuava, e che l'orifizio dell'utero presentava alcune frastagliature, le quali non possono attribuirsi a parti anteriori, perchè la P. era primipara. Questi fatti presi complessivamente mi permettono di stabilire la possibilità che la P. siasi sgravata di un feto maturo. Questo giudicio potrebbe essere alquanto più esplicito, se il mio Collega avesse descritto nella sua relazione quanto ebbe certamente ad osservare in riguardo al modo di essere della forcella e del perineo.

A maggiore schiarimento di questo caso intricatissimo il sig. Giudice istruttore mi proponeva inoltre alcuni altri quesiti, fra cui emerge quello tendente a stabilire se la bambina trovata l'11 aprile sia stata verosimilmente partorita dalla P.

Per la soluzione di questo quesito mi era necessario poter determinare almeno per approssimazione il periodo della gestazione in cui succedette lo sgravamento della P. — l'età uterina della bambina ed il giorno della sua nascita.

Il periodo della gestazione in cui avvenne il parto non può essere definito in modo assoluto. Mi pare

Digitized by Google

però che colla guida dei criteri esposti nella soluzione dell'ultima parte del quarto quesito testè risoluto, si possa con fondamento stabilire che la P. si era sgravata di un feto vitale, e che per conseguenza essa si trovava per lo meno al 6° mese di gravidanza. E questa opinione è validamente appoggiata dalle confessioni dell'accusata e dal turgore addominale. Essa invero ammise che la sua gravidanza poteva aver raggiunto il 6° mese; ed il turgore del ventre era così pronunciato, che, come ebbe a dire la levatrice, avrebbe rese inutili le ricerche della P. onde collocarsi al servizio di qualche famiglia.

L'età uterina avrebbe potuto determinarsi in modo quasi preciso se nella Relazione del dott. sig. L. si fosse discorso della lunghezza della bambina, del suo peso, delle fontanelle, dei capelli, della membrana pupillare, dell'ossificazione, del centro del corpo, della distanza tra il pube e l'ombilico, del volume del fegato, del dutto cardiaco, del colore, della viscosità e della sede del meconio. Il mio Collega dice però ricisamente che la bambina era nel suo pieno sviluppo, e quest'asserzione mi permette di stabilire come cosa certa ch'essa era per lo meno vitale. Il giorno della nascita della bambina si potrebbe arguire dal giudizio del perito sul giorno della sua morte. Ed invero il dott. sig. L., avendo l'11 aprile riconosciuto i segni d'incipiente putrefazione, dichiarò che la bambina era morta sei giorni circa prima del suo esame, e per conseguenza la nascita della bambina corrisponderebbe per data allo sgravamento della P.

Ciò premesso io debbo ammettere la possibilità, ma nulla più della possibilità, che questa bambina sia nata dalla P.

Digitized by Google

Per rispondere finalmente ad altri due quesiti propostimi dall'ill. sig. Giudice istruttore, se cioè la P. siasi sgravata di un feto già formato e se possa credersi ch'ella non siasi, nell'emorragia sofferta, accorta dello sgravamento, io non ho che a ricordare ciò che mi pare di avere abbastanza dimostrato, rispondendo alla prima parte del quesito testè risoluto, che, cioè, la P. si è sgravata di un feto vitale. Posto invero che un feto è vitale non si ha bisogno di provare ch'esso è già formato e che non poteva essere espellito senza gravi sofferenze, e senza consapevolezza, anche perchè la partoriente sapeva d'essere gravida. Ammesso che questa bambina era vitale, mi si offrivano necessariamente due altri quesiti — se cioè essa abbia realmente vissuto, ed, in caso affermativo, quale sia stata la causa della sua morte.

Per la soluzione del primo quesito io debbo rimettermi intieramente al giudizio del mio Collega, cui non esito però ad avvicinarmi, essendo persuaso che la docimasia sia stata fatta con tutte le necessarie cautele, e non potendo ammettere che la putrefazione abbia potuto influire sugli sperimenti docimasici.

Ma se ammetto col dott. sig. L. che la bambina ha vissuto, non posso convenire seco lui nello stabilire la causa della sua morte. Il dott. L. dichiara ch'essa fu gettata viva nell'acqua e che vi morì annegata, e fonda il suo giudizio sull'iniezione sanguigna del cervello e delle meningi, sul turgore della faccia, sulla sporgenza degli occhi e sul raggrinzamento delle dita. Ma questi criteri non giustificano punto la sua conclusione.

Ed invero non può essere messo in dubbio che l'iniezione cerebro-meningea è frequente in parecchie malattie mortali, specialmente nei neonati, e

Digitized by Google

che non può far prova d'annegamento senza il concorso di altri reperti propri di questo genere di morte. Per ciò che spetta al raggrinzamento delle mani, esso si trova e deve trovarsi anche nelle persone gettate morte nell'acqua, imperocchè non ha altra causa che la differenza d'estensibilità tra l'epidermide ed il derma considerati unicamente come tessuti organici. Non è poi ammissibile che dopo sei giorni di sommersione in un fiume gonfio e sassoso si potessero tuttavia distinguere o considerare come effetto dell'annegamento il turgore della faccia e la sporgenza degli occhi, tanto più che la putrefazione era già spinta al punto da produrre il distacco dell'epidermide. Devo inoltre notare che la morte per soffocazione è fin ad un certo punto contradetta dalla presenza dei coaguli nelle cavità del cuore, e che, se l'autopsia fu fatta prontamente dopo l'estrazione del cadavere dalle acque, si può sospettare, mettendo a riscontro la stagione ed i progressi della putrefazione, che la bambina sia stata gettata nel fiume alcuni giorni dopo la morte.

Risulta poi dalla relazione del dott. sig. L. che il funicolo ombilicale della bambina non fu allacciato, ma non è ben detto se sia stato lacerato o reciso — se fosse molle o mummificato. Queste nozioni potevano riescire preziose per giudicare dell'importanza dell'emorragia e per decidere se la bambina avesse vissuto alcuni giorni o solo poche ore come asserisce il mio Collega, e se il suo cadavere, esclusa la morte per sommersione, sia stato presto o tardi gettato nel fiume.

Noterò intanto che l'emorragia è raramente mortale, anche quando il funicolo fu reciso: e che nel caso nostro questo genere di morte pare escluso dalla

Digitized by Google

iniezione cerebro-meningea e dalla presenza del sangue nelle cavità del cuore. Ad ogni modo, ammettendo col perito che la bambina visse alcune ore, io non devo credere con lui che l'emorragia non potesse produrre la morte per la brevità della vita.

Epilogando ora quanto venni sin qui dicendo sulla P. e sulla bambina, dichiaro:

1° Essere cosa certa che la P. partorì;

2° Essere molto probabile ch'essa siasi sgravata di un feto vitale; e non potersi credere che nello sgravamento non siasi accorta dell'uscita del feto;

3° Non risultare da segni di nessuna maniera che lo sgravamento della P. sia stato provocato; ma non potersi dire che non vi sia stata provocazione;

4° Essere quasi cosa certa che, se il parto fu provocato nel modo asserito dalla P., l'introduzione del corpo pungente nell'utero fu opera altrui;

5° Non potersi da me stabilire per segni scientifici l'età precisa della bambina — doversi però credere per le deposizioni del dott. L., ch'essa nacque vitale;

6° Essere possibile che questa bambina sia nata dalla P.;

7° Essere probabile che la bambina sia morta d'iperemia cerebrale — ma non potersi asserire che questa iperemia sia stata prodotta da affogamento.

1873.

La P., il ganzo e la levatrice, accusati di aver provocato lo sgravamento, furono prosciolti.

Dott. Perotti.

Digitized by Google

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

CHIRURGIA LARINGOSCOPICA

Fibroma angiomatoso inserto sulla corda vocale destra, *operazione colla galvano-caustica. Guarigione, pel Dott.* Margary Fedele — Il Dott. Margary, operatore distinto e cultore indefesso di laringoscopia, riferisce nella *Gazzetta delle Cliniche* del 15 gennaio 1878 un caso molto interessante di fibroma angiomatoso al laringe, operato colla galvano-caustica, seguito da completa guarigione. Dopo aver assuefatto l'ammalato all'esame laringoscopico, traendo anche partito dall'amministrazione di 5 a 6 grammi di bromuro di potassio nelle 24 ore, riuscì a vincere la sensibilità piuttosto viva della regione. Il neoplasma aveva il volume di una grossa fragola, e la sua superficie era leggermente solcata in vario senso; nelle respirazioni tranquille stava per i suoi due terzi inferiori nello spazio sotto-glottideo; nelle forzate per un movimento di rotazione sul suo tratto d'inserzione sporgeva maggiormente oltre al livello delle corde vocali inferiori, — il suo peduncolo s'inseriva sul terzo medio della sua faccia laterale sulla corda vocale destra ed era visibile nelle profonde inspirazioni. Percosso colla sonda, il tumore si mostrava duro, insensibile. Cercò dapprima estirparlo col porta-laccio del Bruns e colle pinze del Fauvel; ma per circostanze speciali dipendenti in parte dal tumore, in parte dagli strumenti stessi, non essendovi riuscito, abbandonò questo metodo e ricorse alla galvano-caustica adoperando i piccoli strumenti del Voltolini.

In una prima seduta, il 12 agosto, portò successivamente in tre volte il galvano-cauterio dapprima sul neoplasma stesso allo infuori del peduncolo; una seconda volta lo fissò sulla metà posteriore del peduncolo stesso, dopo di che esso si trovò reciso in questo punto, senza che ne seguisse altro che una leggiera emorragia, accompagnata da un po' di tosse e qualche conato al vomito. Il tumore aveva naturalmente acquistato maggior mobilità.

Digitized by Google

Una terza volta il galvano-cauterio fu fissato sulla parte anteriore del tumore per smascherare la parte corrispondente del peduncolo.

Il giorno dopo, in cui non si notava altro che qualche imbarazzo ricorrente nel respiro per l'innalzarsi del tumore fra le corde vocali nell'espirazione, il pedicciuolo non presentava più che una inserzione di 3 millimetri sulla parte anteriore; in tre successive cauterizzazioni intaccò su questo punto il peduncolo, invitando l'ammalato a fare profonde inspirazioni per renderlo più scoperto e disteso, e cercando di non ledere la corda vocale, appoggiando la piccola ansa di platino sulla parte contigua del tumore. Il 14 agosto vennero fatte due altre cauterizzazioni, il 15 dopo quattro altre successive cauterizzazioni si trovò il tumore non aderire più che per un tratto sottile di pedicciuolo.

Preoccupandosi l'A. della possibilità per lui assai probabile della caduta del tumore nella trachea alla prima nuova cauterizzazione, preparò ad ogni evento l'occorrente per fare la tracheotomia. Portato il galvano cauterio sul rimanente pedicciuolo, chiuso il circuito, il paziente fa una profonda inspirazione, diviene pallido e si mette a respirare frequentemente, nello stesso tempo che parla con voce più libera. Dopo 5 o 6 minuti, in cui viene invitato a fare colpi di tosse violenti, il tumore viene gettato a distanza sul pavimento. Non rimase più che qualche brandello di pedicciuolo sulla corda vocale destra che scomparve più tardi.

Ritornò la voce libera e sonora, e non si ebbe in seguito per qualche tempo altro che un leggero arrossamento delle corde vocali. Il tumore fu dichiarato dal Prof. Bizzozero un fibroma angiomatoso.

Croup laringeo guarito col tubaggio della laringe. *Storia clinica del Dott.* Giuseppe Allexich *(Gazzetta Medica Italiana, Provincie Venete,* anno 21, N° 8). — L'Autore narra la storia clinica di una certa Elena X., di mesi 17, entrata nello Spedale *des Enfants malades* a Parigi, il 12 gennaio u. s. nelle sale del Prof. Bouchut, ammalata di croup, in cui venne fatto il tubaggio della laringe, processo operativo, che Bouchut aveva già esposto nell'Accademia di Medicina di Parigi nel 1858,

Digitized by Google

destinato a scongiurare i pericoli dell'asfissia nei casi di croup e di altre malattie della laringe. L'ingegnosa proposta, quantunque corredata da qualche fatto clinico, venne in quel tempo accolta con tanto poco interesse che l'illustre Autore, quasi indignato, abbandonò fin d'allora il campo delle sue nuove esperienze.

Questo metodo consiste nella dilatazione della laringe a mezzo di un piccolo tubo, che veniva in essa introdotto e lasciato in sito, fino a che si mantenevano i sintomi della soffocazione.

Ecco come descrive l'Autore lo stato dell'Elena X. alla sua entrata nell'Ospedale.

È ammalata da circa quattro giorni, ha la faccia sparuta, il ritmo respiratorio appare ad evidenza difficoltato, le inspirazioni riescono penosissime e sono accompagnate da un rumore di sega, i muscoli respiratori sono fortemente contratti, le narici dilatate, il diafragma è spinto in alto. Esaminate le fauci, dove si constata la presenza di alcune false membrane, si fa la diagnosi di croup.

Il 13 le condizioni dell'inferma sono ancora più gravi, la faccia livida, le mucose cianotiche; l'abbandono delle forze, la diminuita sensibilità annunciano coll'asfissia una prossima fine.

L'età del soggetto tiene indecisi gli assistenti, se si debba o no praticare la tracheotomia. Al suo arrivo il Prof. Bouchut esamina l'ammalata, propone il *tubage* della laringe e passa tosto all'operazione.

Operazione — A tale scopo si serve di un tubo d'argento della lunghezza di 2 centimetri, del diametro di 7 millimetri, munito all' estremità superiore di due sottili rilievi e di un piccolo foro, per il quale passa un lungo cordoncino di seta. Introduce nel lume del tubo descritto l'estremità d'una sciringa da uomo, provvista pure di un rilievo, e nell' impugnarla ha l'avvertenza di stringere fra le dita il cordoncino, cosicchè il tubo viene tenuto in sito dal rilievo e dal filo, stretto nella mano dell'operatore insieme alla sciringa. — L'ammalata che giace supina sul letto, colla testa sostenuta da due guanciali, viene lasciata nella stessa posizione. Il Professore spinge nella bocca dell'operanda l'indice della mano sinistra protetto da un lungo anello metallico, che lascia libera e scoperta solo l'ultima falange del dito, ed arriva in tal modo a toccare la glottide. Dietro tale guida, penetra colla

Digitized by Google

sciringa nella laringe, e, lasciando libero il filo, permette al tubo di restare nell'interno di quell'organo, ritira allora la sciringa ed assicura il cordoncino al collo dell'operata.

Il tutto si effettuò nello spazio di pochi minuti, con facilità e destrezza ben degna del provetto Chirurgo.

Dopo l'operazione, siccome il corpo estraneo, che esisteva nella laringe, recava alla paziente qualche disturbo, senza però provocare alcun fenomeno riflesso, essa portò più volte le mani al collo ed alla bocca, quasi tentando delle trazioni sul filo, a poco a poco però divenne tranquilla, e si mitigò il gran quadro sintomatologico descritto.

Il giorno 14 lo stato dell'ammalata potea dirsi di molto migliorato, non vi furono accessi di soffocazione, ebbe però molti colpi di tosse, persisteva sempre il rumore di sega. Bouchut facendo leggiere trazioni sul filo estrasse il tubo, dopo pochi momenti ritornò inquieta, il numero delle respirazioni aumentò e le labbra si fecero leggermente cianotiche. Pulito il tubo e riapplicatolo, l'ammalata ritornò allo stato di prima.

Il giorno 15 le pseudomembrane distaccandosi ed impigliandosi di tratto in tratto nel lume del tubo produssero penosissima dispnea intercalata da lunghe remissioni. Al momento della visita la cute era fredda, il polso piccolo, la respirazione frequentissima. La cannula venne ripulita ed immediatamente riposta.

Il giorno 16 l'ammalata andava riacquistando poco a poco le forze; dormì bene la notte, ma avendo durante il sonno tratto accidentalmente il tubo all'esterno, riapparvero i gravi fenomeni, ch'erano quasi affatto scomparsi. Venne rimessa la cannula.

Il 17 il miglioramento era notevole, la giornata fu calma e tranquilla, la faccia era colorata, le mani calde, la respirazione meno frequente.

Si toglie il tubo, e non presentandosi sintomo allarmante non viene riapplicato.

Nei giorni successivi continuò il miglioramento, la respirazione si avvicinò sempre più alla normale, il rumore di sega si fece più leggero, persistendo sempre la tosse. Il giorno 28 uscì dallo Spedale completamente guarita.

Esposto il fatto clinico, l'Autore fa notare che l'applicazione del

Digitized by Google

tubo non impedì l'alimentazione dell'ammalata, che venne fatta con latte di vacca. L'epiglottide funzionava perciò regolarmente e ciò dal Bouchut viene spiegato, da che la cannula penetrata nella laringe si trovava col margine superiore al di sotto della corda vocale superiore, mentre per mezzo dei due rilievi restava fissata alle corde vocali superiori. La bambina potè tossire ed espellere le false membrane, come lo prova la raccolta d'alcune di esse nel tubo.

L'Autore finisce dicendo che, chi ha potuto assistere anche una sola volta all'impiego di codesta ultima risorsa dell'arte, non potrà a meno di convenire che il semplice processo del suo illustre maestro è degno di esser preso in considerazione.

Due casi di peritonite a corso rapido senza febbre, *illustrati dal Dott.* Giuseppe Lapponi, *medico primario in Pallanza (Bullettino delle scienze mediche di Bologna)* — L'Autore, dopo aver notato che il processo morboso del peritoneo non era bastantemente cognito agli antichi, che fu Ippocrate il primo che tracciò la forma clinica sotto il nome di frenite, viene a dire che Johston di Edimburgo fu quello che distinse prima degli altri (1779) il processo morboso della peritonite da ogni altro, e che a Walter (1786) si deve il primo lavoro esatto e completo sull'argomento.

Tutti quelli che scrissero dappoi non mancarono di affermare che fenomeno costante nelle forme a decorso rapido di questo processo è l'elevamento di temperatura, la febbre; taluno anzi osservò che in casi che volgono ad esito infausto, se nel primo periodo si ha elevamento di temperatura, nel secondo si può avere temperatura normale ed anche al disotto del normale. Andral solo nelle sue osservazioni di clinica medica riporta un caso di peritonite traumatica, che decorse rapidamente e totalmente senza febbre. La temperatura fu misurata solo approssimativamente col tatto e non termometricamente. Da tutto ciò parrebbe doversi inferire che i casi di peritonite rapidamente decorrenti senza febbre sieno rari. A parte che non tutti i casi interessanti che si osservano nella pratica vengono resi di pubblica ragione, l'Autore non vuol già dire che casi di peritonite a corso rapido

Digitized by Google

senza febbre sieno frequenti, ma non tanto rari, come parrebbe dal silenzio degli scrittori.

Egli riporta due casi appunto di peritonite senza febbre, osservati nel breve periodo di un anno e mezzo.

Uno di essi fu osservato dall'Autore nella clinica di Bologna diretta dal Prof. Murri. Si trattava di una donna di 45 anni, affetta da lenta polmonite circoscritta al lobo superiore del polmone destro. Un giorno quasi all'improvviso fu colpita la paziente da dolori continui, fissi e diffusi a tutta la regione dell'addome, i quali in poco tempo divennero insopportabili. Mal tollerato il più lieve tocco delle pareti addominali, conati al vomito, penosa l'emissione delle feci ed urine, accelerati i moti del circolo e del respiro. La temperatura in quel giorno non al di sopra di 37°. Il giorno successivo, quantunque la malattia s'aggravasse, la temperatura non aumentò. Quando si venne alla trattazione del caso, ai fenomeni descritti s'aggiunse sopore da cui l'ammalata si riaveva solo per interrogazioni a lei rivolte.

La temperatura si era sempre mantenuta fra il 37° ed il 36,5 C.

Al torace, oltre i sintomi statici della polmonite lenta, circoscritta a destra, si sentiva dai due lati come un rumore di sfregamento. L'addome era meteoristico e dolente. Parve di poter rilevare anche una leggera fluttuazione.

Da tutto ciò si venne a far la diagnosi di peritonite acutissima e di pleurite doppia, e ad esse si diede il carattere della tubercolosi migliare acuta, perchè e la polmonite lenta e la rapidità dell'invasione, e la coincidenza tra l'attacco del peritoneo e delle pleure non lasciavano in sospetto la diagnosi; e la diagnosi infatti fu confermata all'autossia completamente.

L'Autore dice che le osservazioni termometriche furono fatte scrupolosamente da giovani diligenti, e ripetutamente; che non si poteva perciò aver alcun dubbio sul valore delle osservazioni stesse anche riguardo alla precisione dei termometri. L'Autore però nella sua storia non dice se la temperatura fu presa nell'ascella o nel retto. Dopo aver notato che non si trattava affatto di quei casi in cui parecchie essendo le sierose affette, viene il processo morboso chiamato dal Concato poli-orro-menito, dopo aver osservato che la mancanza della temperatura elevata non

Digitized by Google

si doveva già in questo processo alla natura speciale della peritonite, che anzi nella tubercolosi migliare acuta si ha sempre, anche in mancanza di processo flogistico, alta temperatura, passa alla narrazione del secondo caso.

Rocchetti Pio, di Pollenza, d'anni 27, era semi-idiota; per vari anni fu a lavorare nelle maremme toscane, d'onde ritornò sempre con febbri intermittenti. Ritornando ultimamente dall'agro romano, giunto a Tolentino la sera del 17 luglio 1877, vi cenò con un po'di pane ed acqua, indi si coricò lungo la via e prese sonno e dormì fino all'alba del dì successivo. La mattina stessa arrivò alle otto a casa; fatta colazione, per ordine del padre che lo aveva veduto arrivare stanco e curvo della persona, si mise a letto.

Poco dopo cominciò a lamentarsi di dolori vivissimi all'ipogastrico, ad avere conato di vomito, e vomito vero, ed infine una fortissima molestia nel vuotare l'urocisti. Però non brividi di freddo, non sudore, non sete, non molestia al capo. — Tutti i sintomi accennati si mitigarono; poscia perdurava sola ugualmente difficile e molesta l'emissione delle urine. — Aggiungendosi verso sera forte abbattimento, il padre lo fece trasportare all'Ospedale, dove, esaminato, si constatò avere la faccia molto sofferente, la temperatura di 37° 2, le pulsazioni 120, i polsi piccoli e celeri, le respirazioni da 28-30 al minuto primo, le pareti del ventre discretamente ed uniformemente distese; nei due quadranti inferiori dell'addome una pressione alquanto forte faceva manifestamente soffrire l'infermo; era manifesta da tutti i sintomi-statici una distinta fluttuazione nell'addome. — Il cateterismo dell'infermo fu facile e doloroso, tanto più quanto l'urocisti andava vuotandosi, per la presenza del catetere in vescica. — L'urina presentava un copioso sedimento rosso-mattone del peso specifico di 1,021.

Qui l'Autore si diffonde in profonde e ragionate osservazioni nel porre la diagnosi di peritonite acuta, escludendo la possibilità di un versamento discrasico, ed il sospetto di una effusione per paralisi vaso-motoria, e ponendo fuori di questione un'idrope per ostacolo meccanico al progredire del sangue decorrente nella vena-porta. — L'eziologia per il fatto, che era noto, concordava pienamente con detto stato morboso; avvegnacchè la notte

Digitized by Google

fu passata dormendo a ciel sereno sul nudo terreno quasi sempre umido. — A completare il quadro clinico mancava l'elevazione della temperatura. — Si poteva egli realmente avere a fare con una peritonite ad onta dell'essenza della febbre? Quella sera fu prescritto, per sostenere le forze del malato, un cucchiaio di latte ed uno di vino ogni ora, ed un clistere oleoso.

La notte passò agitatissima. Il giorno dopo si constatò che il paziente era molto abbattuto, nè si potè definire se egli era veramente presente a sè stesso — egli però insisteva nel dire che tutte le sue sofferenze si riferivano alle vie orinarie. Fu ripetuto il cateterismo — la temperatura si mantenne a 37. Gli altri sintomi s'erano aggravati. L' A. vede sempre più confermata la diagnosi di peritonite, partendo dal fatto della paralisi vescicale, e del dolore provocato dal cateterismo sempre più intenso quanto più la vescica andava vuotandosi, peritonite che dalle sofferenze dall'infermo accusate aveva avuto principio nella piccola pelvi, e divenuta poscia generale, mantenendosi in quella regione il massimo della sua intensità e della sua violenza. In faccia a tutto ciò, la mancanza dell'elevazione della termogenesi non aveva più per l'Autore alcun valore.

A diminuire il vomito ed il meteorismo fu ordinata un'applicazione di neve all'epigastrio, la somministrazione di piccoli frammenti di ghiaccio, una pozione antiemetica. Tutte queste prescrizioni procurarono qualche sollievo. Contuttociò i fenomeni morbosi andavano sempre più aggravandosi nei giorni successivi; la temperatnra fino al 24 luglio mattina, in cui l'ammalato morì, non sorpassò mai i 37-2, e discese talora a 36-6. L' autopsia confermò completamente la diagnosi di peritonite generale, perchè si trovarono nella cavità addominale parecchi litri di liquido sieroso, misto a copiosi fiocchi di essudato fibrinoso con aderenze fra le anse intestinali.

L'Autore cerca di spiegare il perchè della mancanza dell'elevazione della temperatura in questi due casi di peritonite. Dopo aver escluso che in essi non potè aver luogo disperdimento di calore, nè per eccesso di forza muscolare, nè per soverchia evaporazione acquosa, nè per ismodato riscaldamento dell'aria respirata, dice che la sola via, per cui un soverchio disperdimento

Digitized by Google

di calore poteva farsi, si era per eccessivo irradiamento dalla superficie del corpo. L'Autore dice che ciò era impossibile, perchè nei due ammalati non si notò che la circolazione periferica del sangue fosse molto attiva, ciò che sarebbe stato necessario perchè ciò si verificasse — anzi aggiunge che nel Rocchetti si notò in vita sempre un forte pallore della cute. — Si è perciò che l'Autore avrebbe dovuto accennare se la temperatura fu presa nella ascella o nel retto; in qualunque modo, a me pare, avrebbe dovuto prenderla e notarla in tutti e due i luoghi, perchè non vi fosse dubbio sulla mancanza dell'elevazione di temperatura. L'Autore finisce per spiegare ogni cosa col fatto che ad uno smodato lavorio di nutrizione nella cavità dell' addome corrispondeva una deficiente nutrizione nelle altre parti del corpo e con una deficiente nutrizione pure una deficiente termogenesi. Egli cerca di dimostrare ciò algebricamente; partendo però dalla sua ipotesi, non fa altro che esprimere questa in forma algebrica; a suo appoggio cita l'esperienza di Goltz, nella quale battendo sul ventre d'un animale a sangue caldo si osserva un notevole pallore delle mucose accessibili all'occhio, e forte abbassamento della temperatura e contemporaneamente un notevole riempimento dei vasi endo-addominali per paralisi vasomotoria. L'Autore lascia in dubbio se questa sia la vera spiegazione — e si domanda perchè ciò non avvenga sempre; risponde che non sempre il processo della peritonite è tanto esteso, che l'insorgere e la rapidità del processo è molto varia, e che la mancanza o la presenza dell'elevazione di temperatura può anche dipendere da determinate condizioni costituzionali.

Dell' uso dei tubi capillari nelle ricerche di medicina legale, *per il Dott.* De-Castro. — Il Dott. De-Castro, esercente in Alessandria d'Egitto, in una sua lettera al Direttore della *Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale* ricorda come il medico legale sovente non possa, per la scarsità delle sostanze sottoposte al suo esame, completare le ricerche, e dice che in queste circostanze egli si tolse facilmente d'impaccio servendosi dei tubi capillari.

Posto ad esempio, che si debbano ottenere reazioni chimiche

Digitized by Google

con poche goccie di un liquido, esso lo fa entrare per capillarità in un col reagente in un tubetto da vaccino; e qualora l' occhio nudo non basti per discernere le reazioni, si serve d'una lente di ingrandimento.

Dovendosi cercare col calore l'esistenza dell' albumina, introduce nello stesso modo il liquido esaminando nel tubetto e, chiuse alla lampada le due estremità, lo fa riscaldare a bagno-maria, onde evitare che il tubo esposto alla fiamma non si rompa.

Quando occorre scomporre un liquido colla corrente elettrica, immette in ciascuna delle estremità del tubetto un filo sottile di platino che fa comunicare coi reofori di un apparecchio elettrogeno.

Essendo qualche volta necessario (egli dice) di filtrare un liquido, io copro un'estremità del tubo capillare con un piccolissimo pezzo di carta bibula, che metto in contatto col liquido da filtrare, ed aspirando colla bocca dall'altra estremità, esso passa filtrato nel tubo. Se vi penetra dell'aria, vuoto il tubo soffiandovi dentro, e lo faccio poi entrare di nuovo per capillarità.

Ottenuta una reazione, egli suggerisce di chiudere le due estremità del tubetto colla lampada, onde presentarla al foro nei casi di contestazione della perizia.

Nuovo metodo per scoprire il sangue nelle macchie sospette. Careneuve *(Comptes rendus de l'Acad. des Sciences)*. — Careneuve immerge nel liquido sospetto alcune goccie d'acqua distillata bollente ed un po' d'ammoniaca. Se vi ha sangue, si produce una soluzione alcalina d' ematosina che ha la colorazione dicrotica ordinaria, e che allo spettroscopio lascia vedere la stria caratteristica dell'ematina alcalina. Se a questa soluzione s'aggiungono una o due goccie di idrosolfato di soda, la tinta dicrotica si cambia in rosso-carmino, uguale a quello dell'ossiemoglobina. Se il liquido non contiene sangue, la reazione non ha luogo.

Digitized by Google

NOTIZIE

Il Municipio della nostra Città ad impedire la maggior diffusione della congiuntivite granulosa fra i giovani scolari, per iniziativa del solerte Ufficio d'igiene e col consiglio dell' illustre Prof. di oftalmologia, Dott. Reymond, istituiva in varii punti della Città Scuole speciali pei ragazzi affetti da tale morbo contagioso e *dispensarii* appositi onde questi vi fossero regolarmente curati.

A tal uopo venivano nominati dodici giovani pratici sotto la dipendenza del Prof. Reymond, cui venne affidata tutta la parte tecnica di siffatta instituzione, addetti parte all' ispezione delle scuole dei sani per allontanare i granulosi, parte ai dispensari per curarne gli esclusi.

Noi non abbiamo che a congratularci di vero cuore col nostro Municipio per sì utili provvedimenti, sicuri che oltre all'ottenere lo scopo prefisso di limitare ed eliminare al più presto l'oftalmia contagiosa, avremo col tempo a Torino un maggior numero di serii cultori dell'oftalmologia.

Il Dott. G. Beltrami, già allievo capo nello Spedale di S. Giovanni, fu testè insignito della Croce della Corona d'Italia. Questa distinzione tornerà specialmente gradita nel Canavese, ove l'egregio Dottore si guadagnò la stima e l'affetto di tutti come Medico pratico, come Direttore di un grande opificio, come Consigliere provinciale e come Sindaco di Pont e di Rivara.

Il Professore Mosso tenne di questi giorni tre conferenze, togliendo a tema *un' escursione fisiologica sul Monviso*, e trattò con elevatezza di pensiero e ricchezza di prove sperimentali dei mezzi e degli effetti del moto sulle montagne.

Gli uditori, pari alla solennità, pendevano dalla sua parola che fu, come sempre, splendida e singolarmeate ammirata per quella eloquenza quieta che è privilegio del dotto.

È viva in tutti la speranza, che il chiarissimo Professore stampi le sue conferenze e ci prepari altri escursioni.

Digitized by Google

Programmi dei premi della Reale Accademia dei Lincei

I. PREMI DI S. M. IL RE UMBERTO per gli anni 1878-83.

a) Lettera di S. M. il Re al Presidente dell'Accademia.

Signor Presidente,

Ho sempre seguito con piacere e con vivo interesse i lavori dell'Accademia dei Lincei, che riunisce tante illustrazioni scientifiche e letterarie, molte delle quali sono lieto di conoscere di persona, e tutte apprezzo per le loro qualità ed i loro meriti.

Ora desidero che di questi miei sentimenti verso una Istituzione che mi piace considerare come nazionale per la sua importanza ed estensione, abbia l'Accademia una perenne e sensibile testimonianza che giovi ad un tempo al suo lustro ed al suo incremento.

Ho quindi deliberato di fondare due premi annui di lire 10,000 cadauno, che io destino alle due migliori Memorie originali, l'una per le Scienze fisiche, matematiche e naturali, l'altra per le morali, storiche e filologiche, ed alle scoperte scientifiche che fossero presentate all'Accademia in base al programma che sarebbe ogni anno determinato.

La prego di partecipare questa mia disposizione all'illustre Consesso, soggiungendogli che fra le aspirazioni dell'animo mio sta altissima quella di vedere l'Italia gareggiare colle nazioni più civili nelle utili e gloriose conquiste della umana intelligenza.

A tutti gli Accademici, ed a lei signor Presidente in particolare, godo esprimere i sentimenti della mia stima ed affezione.

Dal Quirinale, addì 17 febbraio 1878.

UMBERTO.

b) Relazione del Presidente dell'Accademia a S. M. il Re.

Roma, 14 *marzo* 1878.

Sire!

La R. Accademia dei Lincei dopo avere testimoniata a V. M. la rispettosa sua riconoscenza per la fondazione dei due premi per le Scienze fisiche, matematiche e naturali, e per le Scienze morali,

Digitized by Google

storiche e filologiche, giudicò esser suo debito di stenderne sollecitamente il Programma, affinchè i Reali intendimenti abbiano senza indugio principio di eseguimento.

Le due classi riunite hanno in primo luogo riconosciuto che il programma deve comprendere tutte le scienze rappresentate dalla Accademia, nessuna esclusa: quindi ravvisarono opportuno che per un breve corso d'anni sia bensì determinata la scienza per la quale è aperto il concorso, ma rimanga libero agli autori di trattare quella parte che loro piaccia meglio, senza prescrivere o un ramo speciale, o un tema singolare della medesima. Parve poi conveniente che questo largo modo di concorso sia prestabilito per non lungo periodo di tempo, acciocchè conosciuti i risultamenti, si possa a ragion veduta, o confermarlo o emendarlo, od anche mutarlo.

In effetto questa forma di programma non venne ancora dai nostri Istituti scientifici esperimentata per premi così ragguardevoli. L'Accademia stimandola degna di prova nelle circostanze attuali, non ha inteso punto di sollevarla alla dignità di un dogma, e fedele al metodo dell'osservazione, si riserba di fare tesoro degli insegnamenti dell'esperienza, cosicchè quando questi non fossero conformi alle speranze, non esiterà nel determinare per l'avvenire norme più strette e particolareggiate.

L'indicazione delle materie distribuite per ogni anno abbraccia tutte le scienze coltivate dall'Accademia per proprio istituto. Intorno al che vuolsi avvertire, che se talune specie o rami particolari non veggonsi specificatamente nominati nel programma, sono o debbono intendersi compresi nella generale denominazione della scienza, cui appartengono, od intorno a cui si aggruppano. Così in via d'esempio la Mineralogia comprende la Cristallografia, che con quella per consueto s'insegna, e gli studii morfologici e fisiologici del regno vegetale ed animale accolgonsi nella dizione di Biologia. Nè sarà tolto all'Autore di presentare le sue indagini sovra organismi oggi estinti, al premio della Geologia o della Biologia, secondochè egli le giudicherà più importanti per la storia della terra, o per quella della vita.

Al concorso è ammessa non solamente una Memoria che venga presentata intiera e completa in una volta sola, ma altressì un com-

Digitized by Google

plesso di lavori, che per desiderio di sollecita pubblicazione fossero stati successivamente trasmessi.

Per la brevità del ciclo stabilito non fu possibile spartire proporzionatamente le varie scienze in ciascun anno: laonde potrebbe facilmente accadere che due lavori sovra materie distinte fossero giudicati di merito pari. In tal caso l'importanza del premio Reale porge modo di dividerlo in parti, ove V. M. lo consenta.

Finalmente siccome nel corso del 1878 mancherebbe il tempo di intraprendere, condurre a termine e presentare grandi lavori corrispondenti alla grandezza del premio, così fu determinato che il concorso di quest'anno rimanga aperto fino a tutto il 1879.

Queste sono le massime dei programmi divisati, che per incarico dell'Accademia ho l'onore di sottoporre all'alto giudizio di V. M.

Colla più profonda devozione della M. V.

fedelissimo suddito
il Presidente dell'Accademia
Q. Sella.

c) Programma dei premi di S. M. il Re Umberto.

I. I due premi di S. M. il Re Umberto di L. 10,000 ciascuno saranno conferiti alle due migliori Memorie o Scoperte, delle quali l'una riguardi le Scienze fisiche, matematiche e naturali, l'altra le Scienze morali, storiche e filologiche.

II. L'Autore dovrà essere italiano e trasmettere alla Reale Accademia lo scritto o far conoscere la scoperta prima dei termini seguenti:

Per le Scienze fisiche, matematiche e naturali

Astronomia	31	dicembre	1879
Scienze biologiche	»	»	1879
Mineralogia e Geologia	»	»	1880
Chimica	»	»	1881
Fisica	»	»	1882
Matematica	»	»	1883

Digitized by Google

Per le Scienze morali, storiche e filologiche

Filologia e Linguistica . .	31	dicembre	1879
Archeologia	»	»	1879
Scienze giuridiche e politiche .	»	»	1880
Scienze filosofiche e morali .	»	»	1881
Storia e Geografia . . .	»	»	1882
Scienze sociali ed economiche .	»	»	1883

Per gli anni successivi la R. Accademia determinerà a suo tempo i programmi e le condizioni del concorso.

III. Le Memorie (o Scoperte) dovranno essere originali ed inedite, o non pubblicate prima del 1879; scritte in italiano o in latino, e potranno anche venire presentate per parti e successivamente dal 1878 in poi, però entro ai termini sovraindicati.

IV. Prima del relativo termine stabilito dall'articolo II, gli Autori debbono dichiarare con quale, o con quali delle Memorie o Scoperte presentate intendono concorrere; e così pure di non aver presentato e di non presentare, prima del conferimento del premio, la stessa Memoria o Scoperta ad altro concorso di premii.

V. Le Memorie debbono essere spedite *alla R. Accademia dei Lincei in Roma*, franche di spesa.

VI. L'Accademia ha facoltà di pubblicare nei suoi Atti, anche prima del giudizio del concorso, le Memorie inedite che fossero intanto giudicate meritevoli di inserzione negli Atti stessi, salvo che l'Autore abbia espressamente dichiarato di riserbarsene la pubblicazione.

L'Accademia per altro si riserba il diritto di pubblicare nei suoi Atti le Memorie inedite che fossero premiate, dando all'Autore il numero di copie che è nelle consuetudini dell'Accademia. Non saranno restituiti i manoscritti presentati.

VII. Sarà prorogato di un biennio il tempo utile per la presentazione delle Memorie o Scoperte relative ad un gruppo di scienze, qualora allo scadere del termine stabilito, nessuna delle Memorie o Scoperte presentate, abbia conseguito il premio.

VIII. I Soci ordinarii dell'Accademia sono esclusi dal concorso.

Digitized by Google

S. M. il Re si degnò di approvare il programma precedente con disposizione del 15 marzo 1878.

Il Presidente
Q. SELLA

I Segretari
P. BLASERNA
D. CARUTTI

II. PREMI DEL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE per il 1878-79.

R. DECRETO CHE ISTITUISCE SEI PREMI A FAVORE DEI PROFESSORI DELLE SCUOLE SECONDARIE.

UMBERTO I.
PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE
RE D'ITALIA

Sulla proposta del Nostro Ministro della Pubblica Istruzione abbiamo decretato e decretiamo

Articolo 1.°

È aperto concorso a sei premi ciascuno di L. 3000 da conferirsi ad insegnanti delle Scuole e degli Istituti classici e tecnici.

Due dei detti premi sono assegnati ai migliori lavori sopra argomento di Scienze matematiche, fisiche e naturali; due sopra argomento di Scienze morali, giuridiche o economiche; e due a lavori di Filologia classica.

Articolo 2.°

Gli scritti dovranno essere originali, contenere dimostrazioni o risultamenti nuovi, od avere fondamento sopra metodi, ricerche ed osservazioni nuove.

Dovranno essere inediti o stampati nella cronaca liceale dell'anno accademico 1877-78.

Articolo 3.°

Sul merito degli scritti giudicherà la R. Accademia dei Lincei alla quale dovranno essere mandati per mezzo del Ministero della Pubblica Istruzione, non più tardi del giorno 14 marzo 1879.

Nel caso in cui nessuno dei lavori presentati fosse giudicato degno di premio, il relativo concorso sarà prorogato di un anno.

Digitized by Google

Articolo 4.°

L'Autore può firmare lo scritto o consegnare il proprio nome in una scheda suggellata, cui farà richiamo un'epigrafe apposta allo scritto.

In quest'ultimo caso la scheda verrà aperta solo quando il lavoro sia stato giudicato meritevole di premio o di inserzione negli Atti della R. Accademia de' Lincei.

Articolo 5.°

La somma necessaria al pagamento dei sei premi sarà prelevata dal Bilancio di questo Ministero del corrente anno, per una metà dal Capitolo delle spese varie per l'Istruzione tecnica, e per l'altra metà dal Capitolo delle spese varie per l'Istruzione classica.

Ordiniamo che il presente decreto munito del sigillo dello Stato sia inserto nella raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma addì 24 febbraio 1878.

(firmato) UMBERTO

(contros.) M. COPPINO.

III. PREMI CARPI per gli anni 1878-79.

1. Per l'anno 1878 il premio di L. 500 fondato dal Dottore Pietro Carpi sarà conferito all'Autore del miglior lavoro di Fisica matematica che sarà presentato all'Accademia prima del 31 dicembre 1879.

2. Le Memorie dovranno essere inedite, e scritte in italiano, o in latino; e non potranno pubblicarsi a parte, o inserirsi in altri periodici scientifici se non dopo che saranno state pubblicate negli Atti dell'Accademia.

3. Le Memorie dovranno pervenire alla R. Accademia dei Lincei residente in Campidoglio, franche delle spese di porto.

4. Ciascun Autore potrà a sua scelta, o sottoscrivere col proprio nome la sua Memoria, o apporvi un'epigrafe ripetuta in una scheda suggellata entro cui sarà scritto il nome col domicilio.

5. L'Accademia ha facoltà di pubblicare ne' suoi Atti, anche prima del giudizio sul premio, le Memorie sottoscritte dagli Autori, che fossero intanto giudicate meritevoli di inserzioni negli Atti stessi.

Digitized by Google

6. Il Premio sarà conferito dietro relazione di una Commissione approvata dall'Accademia. L'Autore della Memoria presentata ne avrà cento copie.

7. Se la Memoria premiata sarà una di quelle non sottoscritte, si aprirà la scheda suggellata, e si pubblicherà la Memoria col nome dell'Autore.

8. Le altre schede suggellate saranno bruciate.

9. I Soci ordinari dell'Accademia sono esclusi dal concorso.

Per l'anno 1879 il premio di L. 500 sarà conferito all' Autore della migliore Memoria di Matematica, che sarà presentata all'Accademia prima del 31 dicembre 1879. Le altre condizioni del Programma sono le stesse che per il 1878.

Il Presidente
Q. SELLA

Il Segretario
P. BLASERNA

IV. PREMIO COSSA per il 1880.

1. Il Prof. Luigi Cossa ha messo a disposizione della R. Accademia dei Lincei la somma di L. 1000 per essere data in premio alla migliore Memoria sopra il tema seguente:

Storia critica delle teorie finanziarie in Italia nei secoli XVI, XVII, XVIII *e nella prima metà del secolo* XIX. *L'Autore dovrà considerare le dottrine degli scrittori in relazione alla loro influenza sulla legislazione, e dovrà paragonarle collo svolgimento della scienza finanziaria all'estero.*

2. Gli scritti inviati al concorso debbono essere mandati, franchi di porto, prima del 31 marzo 1880, *al Presidente della R. Accademia dei Lincei, Roma.*

3. Debbono essere inediti, manoscritti, anonimi e contrassegnati da un motto. Saranno accompagnati da una scheda o lettera sigillata, portante al di fuori il motto medesimo, e dentro il nome, cognome e domicilio dell'Autore.

4. La scheda della Memoria che riporterà il premio, e le schede delle Memorie che ottenessero una menzione onorevole, saranno aperte; le altre saranno abbruciate.

5. Non saranno restituiti i manoscritti presentati.

6. La Memoria premiata sarà stampata negli Atti della Reale Accademia, e all'Autore ne saranno dati cento esemplari.

7. Il giudizio del concorso sarà pronunziato nel corso dell'anno 1880.

Il Presidente
Q. SELLA

Il Segretario
D. CARUTTI

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 13ª settimana dal 24 al 30 marzo 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	5	8	13	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	9	7	16
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	»	1	» sifilitiche	1	»	1
Convulsioni, elmintiasi	»	1	1	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	5	4	9	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	2	2	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	»	2	2
Morbillo	1	»	1	Dermatosi varie	1	»	1
Scarlattina	2	»	2	Marasmo senile e tabi diverse	»	1	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.te e perniciosa	1	1	2				
» tifoidea e tifo	1	2	3	TOTALE	86	109	195
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	18	8	26
Malattie chirurgiche e traumatiche	4	1	5				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 13ª settim.na	104	117	221
Malattie dell'appar.o respiratorio	31	50	81	» nelle settim.e precedenti	919	985	1904
» dell'apparato dell'alimentazione	15	18	33				
» dell'app.o cardio-vasale	3	4	7	TOTALE complessivo	1023	1102	2125
» del sistema nervoso	5	6	11				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	896	975	1871
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 13ª settimana	81	52	133	10	1	11
Nelle precedenti	794	782	1576	84	57	141
TOTALE COMPLESSIVO	875	834	1709	94	58	152

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta delli 8 aprile 1878.

Presidenza **Oliveti.**

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente il Segretario generale dà lettura delle seguenti presentazioni:

Albertotti G. *Dott.* e Mosso *Prof.* A. — *Osservazioni sui movimenti del cervello di un idiota epilettico.* Torino, 1878.

Atti della Reale Accademia dei Lincei. Anno CCLXXV, 1877-78. Serie terza, *Transunti.* Vol. II, fasc. 3°, febbraio 1878. Roma, 1878.

Atti della Reale Accademia delle scienze di Torino, pubblicati dagli Accademici Segretari delle due classi. Vol. XIII, dispensa 2ª (dicembre 1877). Torino, 1878.

Denza *Prof.* Francesco — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri.* Vol. XII, maggio 1877, N° 5. Torino, 1878.

De Pietra Santa — *Rapport adressé à M. le Ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts* (Mission en Italie pour assister au Congres Médical de Turin (septembre 1876). Paris, 1877.

D' Hercourt *Doct.* Gillebert — *Parallèle entre les caux sulfurées d'Enghien et celles des pyrénées aux point de vue de la sulfuration de la température et de l'altitude.* Paris, 1878 (Extrait des *Archices générales de Médecine,* numeros de fèvrier-marz 1878).

Digitized by Google

Levi *Dott.* M. R. — *La malattia del Re e il libello medico contro Guido Baccelli.* Venezia, 1878 (Estratto dal *Giornale Veneto di scienze mediche*, T, XXVIII).

Memorie del Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Classe di scienze matematiche e naturali. Vol. XIV, V della serie III, fasc. 1°. Milano, 1878.

Minati *Prof.* Carlo — *Dei bagni di Casciana nella provincia di Pisa.* Firenze, 1877.

Mosso *Prof.* A. — *Sulle variazioni locali del polso nell'antibraccio dell'uomo.* Torino, 1878 (Estratto dagli *Atti della Reale Accademia delle scienze di Torino*, Vol. XIII).

Peruzzi *Dott.* Domenico — *Storia di due ovariotomie.* Forlì, 1878 (Estratto dal *Raccoglitore Medico*).

Id. — *Sulla quadrilustre pratica in ovariotomia del Dott.* Spencer Wells. Forlì, 1878 (Estratto dal *Raccoglitore Medico*).

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie II, Vol. XI, fasc. III. Milano, 1878.

Resoconto della Società Medico-chirurgica in Modena nel mese di novembre 1877. Modena, 1878 (Estratto dallo *Spallanzani*).

Ricchi *Dott.* Teobaldo — *Amputazione parziale della lingua col filo elastico.* Modena, 1878 (Estratto dallo *Spallanzani*).

Ripa *Dott.* Luigi — *La medicina comunale o la civiltà igienica.* Anno XVIII (aprile 1878). Seregno, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino.* Torino, Num. 10 a 12. Torino, 1878.

Zappulla *Dott.* Vito — *Le malattie cancrenose della bocca.* Napoli, 1878 (Estratto dall'*Odontologia*).

Zuno *Prof.* Giuseppe — *Mania in epilettico imputato di ferimenti gravi.* Reggio-Emilia, 1877 (Estratto dalla *Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale*).

Quindi il **Presidente** presenta il programma ai premi della Reale Accademia dei Lincei di Roma, qual programma sarà stampato nel Giornale. Non essendovi un sufficiente numero di Soci per procedere alla rinnovazione degli uffici, il **Presidente** dà la parola al Socio **Perassi**, il quale legge una Memoria sopra l'esportazione di un voluminoso bronco-lipo-cele dal medesimo

Digitized by Google

praticata con successo nell'Ospedale di S. Giovanni nell'agosto dell'anno 1864.

Il **Presidente** ringrazia il Socio Perassi dell'interessante comunicazione.

Il Socio **Gamba** nota che nella fatta operazione con una molto estesa soluzione di continuità, il non aver adoperata la medicazione Listeriana, che in quel tempo non usavasi ancora, non impedì la buona riuscita; egli crede quindi, pur lodando questo genere di medicazione, ma ben conoscendo che in alcune circostanze può tornare assai difficile il procacciarsela, che il Chirurgo non debba astenersi d'addivenire in tal caso ad un'operazione anche grave, quantunque non si trovi provveduto del necessario per la successiva medicazione Listeriana.

Il Presidente **Olivetti** crede pure che nell'esercizio della chirurgia riesce sovente assai difficile l'adoperare il vero metodo del Lister, e che tuttavia il pratico potrà adoperare con vantaggio le varie preparazioni di acido fenico od altri antisettici conosciuti.

Il Socio **Perosino** chiede se nella fatta allacciatura non siasi a caso leso il nervo ricorrente con successivo disturbo nella fonazione della voce, come pure se non siavi pericolo praticando una così estesa allacciatura in tanta farragine di tessuti, di ledere il nervo pneumogastrico, quali nervi possono essere spostati dallo sviluppo del tumore.

Il Socio **Perassi** osserva che nella fatta operazione non adoperò la medicazione Listeriana che in quel tempo non era in uso; egli crede che non sia stato leso il nervo ricorrente, il quale nel suo corso retrogrado dal torace verso il collo scorre più profondamente verso i muscoli faringo-laringei, poichè non vi fu disturbo consecutivo nella fonazione della voce; crede pure ancor più difficile con tal modo di legatura di intaccare il tronco del nervo pneumogastrico, che si trova più profondamente ai lati del collo, anzi allo scopo appunto di evitare la lesione degli importanti vasi e nervi di questa regione si decise all'allacciatura, mediante la quale potè trovarsi in un piano anteriore, anche colla possibilità di lasciare addietro qualche piccola porzione di tumore che venisse a sfuggire all'azione del laccio. Osserva infine che tale allacciatura è facile ad eseguirsi, non lascia libera tra

Digitized by Google

un laccio e l'altro anche la più piccola parte di tessuto, e che, se si ha l'avvertenza di adoperare fili di colore diverso, si schiva intieramente la confusione dei reti nel praticare i varii nodi.

Terminata questa discussione, i Soci presenti fanno la proposta per nuovi Socii ordinari.

La seduta quindi è sciolta.

Il Presidente **Olivetti**.

Per il Segretario particolare ff. **Perassi**.

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Contribuzione allo studio dei tumori della Parotide. — Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta delli 15 marzo u. s. dal Socio Dott. COLOMIATTI V. F.

Chiarissimi Colleghi,

La sera del 18 gennaio del corrente anno, ognuno di noi il ricorda, il nostro Collega Novaro ha presentato in questa sala un Sacerdote (il Teologo M.....ni), dell'età d'anni 57, che Egli aveva operato il 27 settembre ultimo scorso, di *esportazione totale della parotide destra*, nella clinica diretta dal Professore Bruno.

In quella sera tutti abbiamo ammirato l'esito felice dell'ardita operazione: — ed in quella stessa sera io mi sentii chiamato a riferire sulle alterazioni da me riscontrate nella parotide esportata, che, per un atto di squisita gentilezza del mio egregio amico il Dott. Mo, conservavo nel laboratorio; e così ho contratto, davanti a Voi, quell'obbligo, che oggi è mio piacere soddisfare, eziandio perchè avrò dopo la consolazione

Digitized by Google

di avere, meglio che in ogni altro modo, fruito di un regalo, a contribuzione dello studio non solo dei tumori della parotide (come è il caso speciale), ma anche dei tumori in genere: nè vi sarà alcuno che non si senta poi di necessità trasportato in un ordine di idee e di fatti non tanto particolare, col materiale che avrò esposto.

Incomincio a dire alcun poco dell'anamnesi, servendomi dei dati che mi favorì il giovane Dott. Vigna, il quale molto da vicino conosce l'intiera famiglia del predetto Sacerdote, e il Sacerdote stesso.

Uomo di costituzione robusta, appartiene ad una famiglia nella quale, dai più antichi ricordi, non si manifestarono mai carcinomi o sarcomi. È nato di padre che morì all'età di 79 anni in causa di una malattia acuta. Ha la madre tutt'ora vivente in età di anni 95, robustissima, che ebbe dodici figli, dei quali egli è l'ottavo. Soffrì ripetutamente febbri miasmatiche, e per due volte gravi disturbi gastrici ed intestinali, che guarirono entrambe le volte perfettamente.

Nel 1855, in età di 35 anni, si accorse d'avere un tumore rotondeggiante, della grossezza di una nocciola, immediatamente al di dietro del margine parotideo destro del mascellare inferiore, mobile e limitato superiormente dal lobulo dell'orecchio. Ricorse allora ad egregi Sanitarii, dai quali gli venne consigliata una cura assolutamente negativa. Questa però non lo soddisfece, e verso la fine di quello stesso anno un Ortopedico della nostra città gli costrusse un cinto speciale (!), col quale potè praticare, per più di un mese, una continua compressione sul tumore stesso. E tale

Digitized by Google

metodo non essendo riuscito, si rassegnò a portare il suo male, tanto più che non lo incomodava nè punto nè poco.

Nel principio del mese di luglio dell'anno scorso, il tumore si rese immobile, perdette i suoi primitivi confini, e l'infermo si accorse che non si trattava più di una affezione così ben limitata, come prima era, ad un punto della regione parotidea, ma che in verità tutta questa stessa regione erasi fatta sede di una progressiva tumefazione, sempre però fino a quell'epoca indolente. Fece allora applicazioni locali di pomata di ioduro di potassio iodurata, durante le quali l'intiera massa tumefatta continuò a crescere con sporgenza maggiore verso la nuca, e con accompagnamento di dolori, or più or meno forti. Praticò frizioni di unguento mercuriale unito ad estratto di cicuta. E queste pure furono infruttuose. La parte in tumefazione si fe' molle in un punto; e forse perchè questo *rammollimento* ha potuto essere giudicato per un principio di suppurazione, negli ultimi giorni dell'agosto successivo non applicò altro contro il suo male che cataplasmi di lin-seme, alternati con bagnuoli di decotto di foglie di malva, allo scopo di accelerare colla supposta suppurazione un favorevole crepaccio del punto rammollato.

Questo però non avvenne. Il volume della parte ed i dolori continuarono a crescere. L'ammalato incominciò a trascorrere notti insonni, per cui si decise di ricorrere, *dietro più savii consigli*, all'esportazione dell'intiero suo malaugurоso *fardello*, che non poteva essere considerato come un prodotto puramente infiammatorio; e fu operato, come dissi, il 27 settembre ultimo scorso.

Digitized by Google

Io non ho assistito all'atto operativo, e non mi fu subito consegnato il *pezzo*, che, come giustamente dice il nome dato all'operazione, rappresenta l'intiera parotide. Mi fu detto però, dal collega Novaro, che, in un punto superficiale, tale *pezzo* aveva una assai debole consistenza e l'aspetto di una *gelatina opaca*, mentre nel rimanente della sua massa era indurato, salvo in alto e nella sua porzione più approfondata, in quella cioè che giaceva prima di contro al faringe, dove conservava pressochè l'aspetto della ghiandola allo stato normale. E così mi fu detto parimenti che nei primi atti della praticata operazione, era stata enucleata, sempre dalla parte superficiale del pezzo medesimo, una ghiandola linfatica, (avvolta dalla neoformazione) la quale era completamente caseosa.

Quando io ebbi cotesto ammasso, si fu allora che desso era di già indurato coll'alcool del commercio, previa l'azione del bicromato di potassa e del solfato di soda in soluzione, colla formola classica del Müller. Esso si presentava col volume di un grosso uovo di gallina. Aveva una forma grossolanamente piramidale, e si poteva riconoscere che aveva una base, la quale corrispondeva alla superficie cutanea, inquantochè conservava aderenti ad essa alcuni lembi di pelle, ed un apice smozzato e munito di varie appendici, il quale rappresentava certamente la parte profonda dell'ammasso stesso.

Non era stato ancora spaccato: la sua periferia però faceva vedere che da esso erano stati tolti diversi frammenti i quali avevano servito già al Dott. Mo per un primo esame, ma che mi furono eziandio consegnati nelle loro porzioni residue.

Digitized by Google

In corrispondenza della sua base presentava una incavazione, sul fondo e sulle pareti della quale si notavano sporgenze molteplici che erano friabili al pari di molti dei *frammenti complementarii* consegnatimi, i quali (giudicando anche solo dall'aspetto loro macroscopico) avevano dovuto far parte del fondo o delle pareti della incavazione stessa, che, come seppi in appresso, era stata praticata durante l'atto operativo col cucchiaio chirurgico fatto agire sulla parte rammollata sopradetta, per cui inoltre alcuni di quei frammenti stessi rappresentavano certamente porzioni state separate da quell'ammasso, nongià all'esame anatomico primitivo eseguito, come dissi, dal Dott. Mo, ma nel tempo dell'operazione, e dopo col rimanente conservate.

Mi era stato detto che si trattava di *epitelioma* della regione parotidea; e doveva quindi essere mia principale cura (poichè ne era stato richiesto) quella di rivolgere le mie ricerche all'accertamento di questa diagnosi, e del punto di partenza di una così grave neoformazione, che ha in verità una storia, la quale potrebbe apparire anche un po'troppo complicata, dovendo essa risalire alla comparsa del tumore accusato fin dal 1855.

Innanzi tutto praticai sovr'esso una spaccatura, a tutta spessezza dalla base all'apice, che cadde sul decorso della carotide esterna, la quale era trombizzata in tutta la sua porzione esportata, motivo per cui il Novaro non ebbe da praticarne l'allacciatura dopo l'ablazione; ed ho così visto immediatamente che la sua porzione friabile, quella cioè che appariva sul fondo e sulle pareti della incavatura menzionata, si approfondava poco nella rimanente massa, la quale offriva al taglio una discreta resistenza, avendo in alcuni

Digitized by Google

suoi tratti l'aspetto macroscopico del *condroma*, e nel restante quello del *fibroma* sclerosato, o di quella varietà del carcinoma che altra volta si differenziava, più facilmente forse che oggidì, col nome di scirro.

In conseguenza di questo primo e facilissimo esame ho acquistato la certezza che non doveva trattarsi in questo caso di un tumore semplice, bensì di un tumore composto, nel quale l'epitelioma non poteva avere che una significazione parziale, inferiore d'assai, in quanto ad estensione, di quella che con un'analisi superficiale gli si poteva forse attribuire. E dopo ho incominciato ad eseguire sovr'esso alcune preparazioni istologiche.

Ho fatto dilacerazioni della parte friabile e dei pezzi isolati che con questa avevano la massima rassomiglianza; ed ho visto che la neoformazione era, in corrispondenza del fondo e delle pareti della incavazione notata sulla base del pezzo consegnatomi veramente a *tipo epiteliale* assai manifesto, con abbondantissime cellule, in parte aventi l'apparenza di una progressiva loro proliferazione, in parte in degenerazione coloide, ed in parte ancora deformate dall'idrope peri-nucleare, o ripiene da corpiccioli rotondeggianti granulosi, alcune volte schiacciati gli uni contro gli altri, paragonabili a quelli che Bizzozero descrisse in quelle cellule grandi che riscontrò nei follicoli linfatici degli individui morti per infezione difterica (1), ma che potevano forse ritenersi quali modificazioni regressive di corpuscoli semoventi penetrati nell'interno di cellule epiteliali idropiche, dopo essersi portate fra queste migrando dal connettivo circostante, e non avere quindi altra significazione di quella che

(1) Bizzozero. *Crup e difterite*. Libreria Luigi Beuf, Torino, 1875.

Digitized by Google

hanno molte cellule simili, facili a riscontrarsi, ad es., in alcuni periodi, nelle pustule cutanee del vaiuolo.

Insieme a queste cellule ho pur visto alcuni nuclei spogli di protoplasma, i quali considerati nelle loro singole particolarità e nella loro complessiva apparenza, erano nuclei di cellule epiteliali scomposte; ed ho inoltre preparato alcun poco di *sostanza coloide*, con assai maggiore abbondanza però dai frammenti friabili che già mi erano stati rimessi isolati, i quali, come più sopra notai, erano in parte da riguardarsi come appartenenti alla massa superficiale rammollata, che doveva precisamente aver avuto la consistenza e l'apparenza di una gelatina in molti de' suoi tratti, in causa del così detto *rammollimento coloide* da cui era stata invasa, giusta il reperto istologico or menzionato.

E così ho appieno confermato la diagnosi generica che aveva fatto il Dott. Mo, e che assicurai meglio mercè ripetute sezioni, dalle quali per di più ho potuto rilevare che la *parte epiteliomatosa* di questo tumore (il quale già all'esame macroscopico mi apparve *composto*), era soltanto la più superficiale del medesimo, quella cioè corrispondente alla regione rammollata, e quindi alla incavatura più volte menzionata, nonchè alle più prossime adiacenze della medesima; e che, mentre nei pezzi isolati la era poverissima di stroma, ne era invece abbastanza ricca a' suoi confini, dove perciò era caratterizzata da *alveoli epiteliali* ripieni di cellule ben conservate ed anche in via di proliferazione, separati da trabecole robuste fatte da un connettivo discretamente stipato, in alcuni luoghi tuttavia infiltrato da corpuscoli semoventi e da corpuscoli sanguigni rossi.

Qui però non dovevano finire i miei studi in propo-

Digitized by Google

sito. Vi erano lembi di pelle aderenti ai margini della incavatura esistente nel tumore, e lembi di pelle isolati, i quali furono, durante l'atto operativo, esportati dai margini della ferita, perchè erano apparsi sospetti, e che a me pure erano stati rimessi, i quali tutti io avevo da esaminare attentamente per vedere in che rapporto essi stavano colla neoformazione epiteliale constatata. Su questi ho eseguito molteplici sezioni, ed ho acquistato la certezza che la pelle, la quale stava a ricoprire quel tumore, non aveva avuto che una parte completamente passiva, essendo unicamente stata soggetta ad una graduata distensione, perchè sotto di essa era aumentato rapidamente il tumore stesso, che aveva avuto il suo punto di partenza dalla ghiandola parotide, e certamente *dal rivestimento epiteliale degli acini di essa per la sua parte superficiale epiteliomatosa*, come ebbi occasione di constatare in alcune sezioni che ho fatto alla periferia di questa ed in corrispondenza delle parti più approfondate della medesima.

E fin qui nulla di straordinario e niente di più semplice. Vediamo ora il rimanente, giacchè quello che ho finora detto dell'esame istologico da me istituito, riguarda soltanto un quarto del tumore che mi fu consegnato.

Gli altri tre quarti, che incominciano dalla base, al di là dell'epitelioma descritto, e giungono fino all'apice, sono, è vero, anch'essi una produzione che dipende dalla parotide, ma dallo stroma di essa. In questi si riscontrano bensì acini e tuboli ghiandolari a rivestimento intorbidato, e più o meno deformati, e quindi eziandio parti epiteliali; ma queste sono residui della

Digitized by Google

ghiandola medesima, non dipendono da *neoformazione* e stanno ad attestarci che il processo si è compiuto piuttosto nel connettivo interlobulare che nello interacinale, essendo gli acini separati a gruppi distinti, i quali ci ricordano in un modo molto evidente la disposizione a lobuli della ghiandola medesima.

Il tumore entra perciò, per questi stessi suoi tre quarti, nel novero delle neoplasie a base di tessuto connettivo, e non ha coll'epitelioma che un rapporto di immediata continuità.

Nè fa difetto a questo mio modo di battezzare tale parte di sì fatto tumore l'esistenza nel medesimo, già rilevata all'esame macroscopico e constatata poscia all'esame istologico, di alcune isole di condroma (*fibro-condroma*), poichè nessuno vorrà dimenticare la natura della cartilagine.

Che se poi si fa astrazione da queste isole stesse (nelle quali si può vedere con una apparenza molto elegante la degenerazione adiposa delle cellule cartilaginee, che alcune volte sono soltanto più rappresentate da gruppi di goccioline grasse racchiuse nelle rispettive loro capsule), il tumore medesimo, nei limiti sempre de' suoi ultimi tre quarti, è un *fibroma* modificato, il quale ha acquistato, dalle modificazioni subìte, caratteri speciali, e meritevoli certamente di tutta l'attenzione degli Istologi che non solo mirano ad ottenere aride descrizioni dei prodotti morbosi, ma a comprendere di questi la vera patologica significazione.

Questo fibroma si presenta, all'esame macroscopico, alquanto vario, a seconda delle sue diverse parti. Essenzialmente però lo si può ritenere quale *una modificazione del fibroma così detto sclerosato*, volendo tener calcolo piuttosto della porzione maggiore della

Digitized by Google

intiera sua massa, a costo anche di dover ammettere da questa alcune esclusioni.

In vicinanza della parte epiteliomatosa del tumore, considerato nel suo complesso, è in molti luoghi composto da un connettivo fibrillare con alcune cellule adipose, ed è discretamente solcato da vasi sanguigni che si presentano con un endotelio visibilissimo senza che lo si possa dire rigonfio, come sarebbe, ad es., in tante parti infiammate ed anche in alcuni casi di *elefantiasi della pelle*, la quale è descritta da Taruffi tra i fibromi in generale; mentre che in altri luoghi (sempre però nei medesimi confini) è costituito da un connettivo, parimente fibrillare, ma più o meno infiltrato di cellule semoventi ordinarie e di globuli sanguigni rossi, dei quali alcuni sono imprigionati in cellule connettive ovalari, relativamente ricche di protoplasma, che perciò si possono dire globulifere, ma che sono di un colore giallo-verdognolo assai spiccato, uniforme, eccetto nel nucleo il quale è incolore, e che si sono quindi colorate, perchè in esse si è diffusa e modificata la ematina dei globuli rossi che si dimostrano ancora in un modo assai chiaro nel loro interno, *ciò che ha la sua importanza per la conoscenza in genere della pigmentazione dei tessuti.* Nè mancano le località in cui questo connettivo stesso è completamente simile al così detto tessuto di granulazione, ad es., a quello che circonda i nodi tubercolari, o che trovasi fra i lobuli polmonali e fra gli alveoli nella pneumonite interstiziale al periodo di neoformazione progressiva. E queste località sono specialmente quelle, nelle quali si osservano (prossimi sempre alla parte epiteliomatosa) alcuni gruppi di alveoli ghiandolari, ossia alcuni lobuli della ghiandola in questione, i quali appaiono come se in essi si fosse stabilito un processo infiam-

Digitized by Google

matorio interstiziale acuto con possibile tendenza alla suppurazione.

E non è che dopo aver oltrepassato queste località stesse, verso le parti profonde della parotide, che un simile fibroma si presenta co' suoi veri e singolari caratteri, a detrimento grandissimo dei lobuli ghiandolari in esso compresi, i quali si trovano assai più discosti gli uni dagli altri, e costituiti da parti assai atrofizzate. Esso è qui poverissimo di vasi, e voleva essere, un tempo, certamente un fibroma in senso assoluto, mentre presenta adesso, nel suo contesto, particolarità secondarie tali da essere valevoli a modificarne non poco lo anteriore significato, a vantaggio però delle nostre cognizioni scientifiche.

Nelle sezioni che sovr'esso ho eseguito si vede che questo tumore consta di una sostanza fondamentale assai abbondante e molto stipata, nella quale sono appena visibili le fibrille, che in molti luoghi appaiono come tante striature aventi una direzione irregolare, come se le fibrille, che dalle medesime sono disegnate, fossero aggomitolate attorno a singoli noccioli di forme svariatissime, mentre in altri luoghi hanno una disposizione ondulata, ed anche sono a cerchi più o meno concentrici, ovvero a fascii paralleli od incrociati; nella quale sostanza fondamentale sono scavati bellissimi canalicoli plasmatici, con cellule connettive nel loro interno, ampiamente anastomosati tra loro e disposti in modo da limitare nel tumore stesso un circolo a reticolo, il quale disegna nel campo della preparazione una serie di maglie poligonali più o meno avvicinate e sempre eleganti.

Questi canalicoli, è bene che io tosto lo dica, sono dovunque più grandi di quello che abbisogna il volume delle cellule connettive che in essi sono com-

Digitized by Google

prese; onde si vede in ogni preparazione, tolta da tale fibroma, che tra la periferia delle cellule stesse e la parete dei canalicoli, entro ai quali queste sono racchiuse, esiste uno spazio libero più o meno ampio, in cui ha potuto liberamente circolare durante la vita il liquido nutrizio, dove avrebbe trovata una via facile di migrazione ogni cellula capace di migrare, nei quali quindi si sarebbe potuto spingere, con un risultato felicissimo, uno degli ordinarii liquidi da iniezione.

Essi si trovano dovunque perciò in uno stato speciale, che è la esagerazione di quello stato normale dei canalicoli plasmatici di Recklinghausen, la conoscenza del quale è un prodotto dei nostri ultimi studi sul connettivo compatto ordinario, alla cui storia potrebbero perciò anche servire di contributo.

Non hanno però dovunque i medesimi diametri, ma, conservando in ogni dove la loro sproporzionata ampiezza in paragone coi diametri delle cellule che racchiudono, sono in alcuni luoghi relativamente ristretti, mentre in altri sono assai amplificati.

Dove sono più ristretti contengono nel loro interno cellule connettive fisse ordinarie, munite di parecchi prolungamenti, che, incontrandosi per i loro estremi assottigliati, si direbbe che si congiungono reciprocamente, quelli di una cellula cogli analoghi delle cellule vicine.

E dove sono più ampii possono presentare due diversi contenuti; cioè, ora cellule di diversa forma e grandezza in via di proliferazione nucleare (cellule rigogliose, rotondeggianti, ovalari, poliedriche, più o meno allungate od assottigliate, di un volume variabile dal doppio all'incirca dei diametri di una cellula connettiva embrionaria alla misura di alcune cellule

Digitized by Google

giganti non esagerate); ed ora goccioline adipose sparse qua e là, simili alle goccioline del latte ordinario, frammiste di tratto in tratto a cellule in degenerazione grassa, le quali si riconoscono essere identiche, in quanto alla loro significazione primitiva, alle cellule esistenti nei canalicoli ampii vicini.

L'ampiezza loro poi è in qualche tratto così esagerata, che spesso si vede nei punti di convegno di diversi canalicoli, già per sè stessi dilatati, una specie di dilatazione ampollare, che appare come un alveolo, munito di diverse vie di sfuggita, e pieno di cellule in apparenza di proliferazione, piccole e grandi, frammiste a rare cellule giganti vere.

Ed è in questi ultimi tratti modificati dalla maggiore ampiezza dei canalicoli in questione, da una più rigogliosa proliferazione delle cellule fisse preesistenti nei medesimi, dall'accumulo consecutivo delle cellule neoprodotte nei canalicoli dilatati come entro ad alveoli, che si trovano poi, come dissi (meglio che altrove), quelle particolarità secondarie, le quali sono valevoli a variare non poco la anteriore significazione di simile tumore; poichè le modificazioni ora menzionate, che si operarono in vita sulla struttura del medesimo, non possono soltanto valere a diminuirne la consistenza, la quale del resto poteva bene mantenersi ancora, perchè pur tuttavia si conservò stipatissima la sostanza intercellulare, meglio la intercanicolare e la inter-ampollare od inter-alveolare.

Nè si può sospettare che tutte queste cellule, comprese in simili canalicoli, cellule rotondeggianti o poliedriche, allungate od assottigliate, piccole o gigantesche, rigogliose o degenerate, non siano dipendenti unicamente dalla proliferazione di cellule connettive fusiformi o stellate del connettivo compatto

Digitized by Google

rappresentante in un tempo la neoformazione; perchè, seguendo (in una medesima preparazione istologica, od in una serie di preparazioni tolte dal medesimo pezzo con tagli misurati topograficamente e graduati) i canalicoli plasmatici sopra descritti, si vedono, colla massima facilità possibile, le diverse gradazioni della proliferazione stessa; tanto che a nessuno può venire in mente, che là dove le cellule sono radunate, come entro ad alveoli carcinomatosi o sarcomatosi, sia avvenuta una importazione cellulare dalle parti circostanti la vera massa del fibroma, ad es., dalla parte epiteliomatosa del tumore preso nel suo complesso, quantunque, come ho notato più sopra, i canalicoli plasmatici di simile fibroma siano in condizione tale di dilatazione da aver potuto permettere qualsiasi migrazione cellulare fra le loro pareti e le cellule fisse in essi comprese; nel qual caso però entro ai canalicoli medesimi si dovrebbero trovare due specie distinte di cellule, aventi entrambe una significazione diversa, mentre si vede invece una sola fila continua di cellule diramate, granulose e col loro nucleo in via di proliferazione progressiva, nei canalicoli più stretti, dai quali si passa gradatamente ai più ampii con sempre graduato aumento numerico delle cellule, che di necessità (per il fatto medesimo della loro origine da proliferazione delle preesistenti, e della continua proliferazione ancora, la quale in molte di esse si osserva) hanno dovuto acquistare forme diverse, mentre hanno assunto vario volume.

Vi ha di più: e cioè, i canalicoli più ristretti, quelli entro ai quali è appena indicata la suddetta proliferazione, sono quasi tutti alla periferia, separati dalla parte epiteliomatosa per mezzo di quel connettivo fibrillare ed a cellule embrionarie che ho descritto

Digitized by Google

immediatamente al disotto di questa, e NEL QUALE NON ESISTONO INFILTRATE CELLULE DELLA MEDESIMA; mentre i canalicoli più ampii e contenenti quindi un numero più o meno grande di cellule, e quelli che racchiudono unicamente goccioline adipose, od elementi in via di degenerazione grassa, o nuclei residui di cellule degenerate in mezzo a goccioline sparse, sono più approfondati.

E così ho finito la descrizione che mi era richiesta. Non ho però ancora terminato il còmpito mio di fronte a questo caso, che, come ognuno può ben comprendere, abbraccia una serie di fatti sui quali io debbo necessariamente fermarmi, se ho da raccogliere il frutto che, dai medesimi, mi è portato.

Noi siamo in presenza di una affezione complessa della parotide destra, che fu esportata ad un individuo, il quale ha sofferto fin dal 1855, ossia per oltre 22 anni, di un tumore (così dice l'anamnesi) alla regione parotidea corrispondente. — Questo si fu da principio un tumore indolente, rotondeggiante e mobile, su cui venne tosto richiesta, ma inutilmente, l'attenzione di Chirurghi, e di un non meno, in ciò, sfortunato Ortopedico. Esso si sarebbe mantenuto, coi caratteri del suo primo apparire, durante una lunga serie di tempo, cioè dal 1855 fino al luglio 1877, dal qual mese l'infermo accusò un nuovo ordine di fatti che non lo lasciarono più tranquillo fino a compiuta operazione.

Ora vediamo che cosa era quel primo tumore considerato unicamente in sè stesso, e messo poscia in relazione con tutto ciò che fu da me riscontrato nella parotide esportata. Esso non può venir giudicato diversamente che come una ghiandola linfatica, della

Digitized by Google

regione parotidea, ingranditasi forse per semplice iperplasia, e non dovette essere altro che quella ghiandola caseosa la quale fu nel settembre scorso enucleata, nei primi atti della operazione, dalla parte superficiale della parotide; cosicchè per le sue alterazioni, nel caso speciale, non ha alcuna sorta di importanza. La malattia che consegnò il povero infermo ultimamente alla mano armata del Chirurgo non era più altra cosa che il vero tumore della parotide, e *più propriamente l'epitelioma della medesima.*

E così ci troviamo in un'altra questione. La grande massa esportata, risulta dalla mia descrizione, è divisibile nettamente in due distinti tumori; uno dei quali occupa una buona porzione della parte superficiale di quella massa stessa, *ed è a base di tessuto epiteliale, un epitelioma ghiandolare, un carcinoma;* mentre l'altro rappresenta il rimanente, è *a base di tessuto connettivo,* racchiude isole di condroma, *e voleva essere in un tempo* (come già dissi) *unicamente un fibroma,* il quale ha subìto serii mutamenti nella sua struttura, per cui ha potuto acquistare tutt'altra importanza di quella che anteriormente avesse.

Or bene, in presenza di questa complessività, dando ancora uno sguardo all'anamnesi, che fa datare solo dall'ultimo luglio passato quelle sofferenze che non avrebbero più dovuto essere ascritte al tumore diagnosticato nel 1855, e da me ora rivelato per una ghiandola linfatica iperplastica, la quale passò dopo a degenerazione caseosa, io debbo dire che quelle sofferenze erano causate dall'epitelioma descritto, il quale incominciò a svolgersi certamente poco tempo prima che fosse avvisato dallo infermo. Esse difatti non possono ascriversi all'altra specie di tumore, perchè in tal caso la loro insorgenza avrebbe dovuto essere

Digitized by Google

molto tempo prima, essendo impossibile che un tumore a base di tessuto connettivo, ed a sostanza intercellulare più che compatta, quale è appunto quest'ultimo, non si sia iniziato alcuni anni addietro, ed abbia potuto invece in un tempo così breve, cioè in tre mesi circa, ordirsi, acquistare i caratteri di un fibroma sclerosato con isole di condroma, e poscia subire le modificazioni che ho in esso riscontrate.

Ciò posto, ecco quale può essere la vera storia di tutte le alterazioni presentate alla regione parotidea destra dal nostro infermo. — Nel 1855, per una causa ignota, ebbe un intumidimento cronico, progressivo, di una ghiandola linfatica esistente in corrispondenza della faccia esterna della parotide destra, che attrasse a sè tutta l'attenzione dei Chirurghi richiesti per la cura e dello sfortunato Ortopedico. Se allora esistesse di già un qualche lavorìo di neoformazione connettiva nella ghiandola parotide, non si può sapere: si può credere però che il cinto, il quale doveva far scomparire, con una penosa compressione, la ghiandola linfatica tumefatta, abbia agito irritando del continuo quella parotide stessa, nella quale si potè stabilire, fin dall'epoca dell'applicazione del cinto medesimo, la produzione di un connettivo interstiziale rigoglioso, che, in mancanza di altro precedente, sarebbe stato la prima ordìtura del primitivo tumore parotideo, il quale fu dopo un fibroma vero, che potè essere a lungo inavvertito dal paziente, perchè questi di necessità guardava solo alla ghiandola linfatica suddetta, e del resto tutto egli sapeva, ma per conto suo, connettere colla ghiandola linfatica stessa, che, secondo lui, rappresentava in sostanza l'esordio del tumore in ultimo esportato: Prima adunque che quella ghiandola linfatica tumefatta si rendesse immobile, e perciò prima

Digitized by Google

del mese di luglio dello scorso anno, il povero infermo era di già da gran tempo affetto da due differenti ed indolenti processi, l'uno dei quali erasi ordito nella ghiandola linfatica medesima, e l'altro nel connettivo interstiziale della parotide, con produzione in questa di un fibroma. A questi due processi si aggiunse poi in ultimo l'epitelioma che si sviluppò dal rivestimento epiteliale di alcuni acini più superficiali della parotide, e si fu allora (nel luglio cioè suddetto) che insorsero i dolori, e che la ghiandola linfatica, nascosta dalla nuova dolorosa neoplasia, perdette i suoi primitivi confini, per cui parve, con non lieve errore portato dall'anamnesi, che la tumefazione consecutiva fosse dipendente dallo estendersi di essa.

Però, se, non si può neppur sospettare che il tumore, a base di tessuto connettivo, congiunto all'epitelioma nella massa parotidea (il quale, il ripeto, dovette essere in un'epoca un fibroma ordinario unicamente, e dopo un fibroma sclerosato con isole di fibro-condroma nel suo seno) abbia avuto origine solo in quel tempo in cui tutta la regione della parotide prese ad ingrandirsi, e parte quindi nella produzione dei primi dolori accusati dall'infermo, si deve certamente ammettere che le modificazioni avvenute nel tumore stesso e dalle quali ha potuto avere un aumento relativamente rapido dei suoi diametri a contribuzione dell'accrescimento totale della massa morbosa, siano (considerati in rapporto col tempo del loro svolgersi) prossime assai all'epitelioma, e cioè di data recente, perchè trovavansi in parte nel loro incominciamento, ed in parte in via di progresso all'epoca della praticata operazione, che tolse perciò e questo tumore e l'epitelioma eziandio, in un momento in cui fortunatamente era non poco ancora da farsi, perchè la loro fase potesse diventare per lo infermo assolutamente fatale.

Digitized by Google

Esse avrebbero perciò, a proposito della data della loro comparsa, un grande riscontro col connettivo a cellule embrionarie descritto immediatamente al di sotto dell'epitelioma e fra i più superficiali acini della parotide, il quale potrebbe essere escluso dal far parte del fibroma in questione (ed ho accennato più sopra come fosse possibile ammettere da questo alcune esclusioni) e giudicato semplicemente quale una neoformazione infiammatoria, per la produzione della quale forse non si potranno escludere i topici che furono adoperati onde risparmiare l'operazione.

Ma perchè mai sono esse avvenute queste stesse modificazioni in simile fibroma? — Io credo che nessuno ignora che questo è il punto più difficile ad intendersi dell'intricato quadro fin qui raffigurato, e ad un tempo uno di quelli che scientificamente sono fra i più essenziali. — È indubitato, che nei canalicoli plasmatici dilatati di questo fibroma non penetrarono cellule dalle parti circostanti, e che perciò tutte quelle che in essi ho riscontrato sono unicamente cellule connettive dipendenti dalla proliferazione delle fisse preesistenti nella sua massa, le quali, mentre non hanno l'aspetto delle cellule connettive ordinarie dei tessuti infiammati, e non possono ascriversi fra i prodotti semplicemente infiammatorii, sono in alcuni luoghi assai radunate e riempiono talora dilatazioni ampollari di canalicoli, che appaiono come speciali alveoli.

Questo fibroma si era quindi disposto, mediante simili modificazioni, a diventare forse tutt'affatto un sarcoma, e perciò un tumore infettante al pari dell'epitelioma sovrapposto: nè la degenerazione grassa, che si era manifestata in alcune delle sue cellule neoformate ed in particolari distretti, avrebbe potuto in tal caso salvare l'infermo da questo malanno di so-

Digitized by Google

praggiunta, perchè questa stessa degenerazione poteva non essere l'ulteriore destino di ognuna di loro, se si giudica dall'aspetto rigoglioso e prolifero che esse presentano là dove sono conservate, e se si tien calcolo delle possibili risorse vascolari che accompagnano sempre progressivamente ogni simile neoformazione, e che perciò nel caso concreto non avrebbero al certo fatto difetto.

Cosicchè si può ragionevolmente sostenere che, ove si fosse aspettato ancora alcun tempo a liberare questo infermo, si avrebbe avuto il complemento di due terribili tumori, di origine morfologica essenzialmente diversa, in quella disgraziata parotide, la quale forse dovette ammalare perchè nel 1855 non si eseguì la facile enucleazione del tumore mobile esistente sopra di essa, che abbiamo visto, in ultima analisi, doversi ridurre a poco male, e cioè ad una ghiandola linfatica da prima iperplastica e poscia caseosa, la quale, se non dimostra, come dissi più sopra, per le sue alterazioni, di aver avuto alcuna sorta di importanza nel caso speciale, ne avrebbe perciò potuto avere primieramente per il mezzo ortopedico inopportuno che contro di essa fu adoperato, stante la località nella quale si trovava, e dopo per la continua *azione irritante* che, mediante essa, esercitava l'infermo, scevro da precedenti gentilizii, sulla parotide medesima, ora a scopo curativo, ma più spesso, senza alcun termine prefisso e solo meccanicamente, con maneggi suggeriti dal più vano degl' istinti.

Ma entriamo un po' più addentro nell'argomento. — Il sarcoma che ho or ora menzionato, in possibilità di completa orditura, sarebbe stato (giudicando dalle

Digitized by Google

sembianze della sua prima apparizione) a forma alveolare, senza sostanza intercellulare dentro gli alveoli. Per questo suo modo di essere avrebbe avuto la più grande affinità col carcinoma, e Birch-Hirschfeld lo avrebbe distinto col nome di cancro connettivale (1).

Esso però poteva venir giudicato diversamente da coloro, che ancora oggidì, a proposito dello sviluppo dei tumori, sono fedeli alle teorie di Virchow, per esempio da quelli, che, senza più, vorrebbero benignamente acconciarsi alle idee di Cornil e Ranvier, secondo i quali il fibroma sclerosato della parotide descritta si sarebbe, colle sue modificazioni, disposto a diventare tutt'affatto un vero carcinoma, nel senso assoluto della parola, e quindi non nel senso di Birch-Hirschfeld.

E difatti così esprimono Cornil e Ranvier, nel loro trattato, l'origine del carcinoma stesso: — « Ciò che caratterizza il carcinoma è il suo sviluppo negli spazii plasmatici del tessuto connettivo. Le cellule degli spazii plasmatici entrano in proliferazione e danno nascita a tre, quattro, o cinque piccole cellule. Gli spazii plasmatici si ingrandiscono e costituiscono alveoli irregolari con prolungamenti anastomotici. Questi spazii si arrotondiscono, nel medesimo tempo che le cellule si moltiplicano ed ingrossano nel loro interno, formando essi così il tessuto cavernoso del carcinoma. Questa dilatazione degli spazii plasmatici si fa senza usura della sostanza fondamentale, che diviene al contrario più densa sotto l'influenza della pressione che esercita eccentricamente il contenuto degli alveoli ».

(1) *Trattato di Anatomia patologica*, parte generale. Napoli, 1878.

Digitized by Google

Ciò che precisamente si accorda coi fatti da me rilevati: — se non che attualmente l'asserto di questi due Autori, del resto molto insigni, è contraddetto, nel modo il più solenne che mai, da una infinità di osservazioni.

Ma questa non è l'unica opinione in proposito, sulla quale io debba rivolgere il mio pensiero. Difatti Rindfleisch scrive (2): « D'una parte nel carcinoma ghiandolare duro le cellule epiteliali ghiandolari si moltiplicano per divisione, e contribuiscono ad aumentare, quantunque moderatamente, il volume degli acini o dei tuboli; e d'altra parte i primi nidi carcinomatosi nascono ordinariamente nelle più prossime vicinanze delle cellule epiteliali ghiandolari, di modo che è molto naturale ammettere » continua il Rindfleisch « una *infezione epiteliale* che agirebbe sulle cellule globulose accumulate nel tessuto connettivo. E così » prosegue « il carcinoma ghiandolare duro consiste in una infiammazione interstiziale a decorso molto lento i prodotti cellulari, della quale, invece di dare pus o tessuto connettivo, si trasformano in elementi epiteliali.... forse *perchè le giovani cellule epiteliali penetrano negli interstizii del tessuto connettivo vicino e infettano le cellule indifferenti che vi incontrano.* L'attività delle cellule epiteliali ghiandolari sarebbe la causa prima della infiammazione interstiziale, l'elemento che imprime alla produzione infiammatoria il suo carattere particolare, riuscendo questa attività ad essere la vera sorgente del male ».

Nel caso che ho sopra riferito è indubitato che vi ebbe una grande attività nelle cellule epiteliali degli acini più superficiali della parotide. Si era in questa

(2) *Traité d'Histologie path.* Paris, 1873.

Digitized by Google

diffatti sviluppato, nel breve spazio di tre mesi all'incirca, un epitelioma ghiandolare, un vero carcinoma, nel senso della moderna patologia, alla formazione del quale non avevano certamente contribuito cellule connettive, se non per ciò che ha rapporto collo stroma, il quale doveva amplificarsi di mano in mano che crescevano i nidi epiteliali caratteristici.

Questo epitelioma si svolse in un'epoca nella quale esisteva già da gran tempo nella parotide stessa un fibroma, che, come dissi, aveva potuto mantenersi inavvertito. Nelle sue estreme vicinanze si era formato (certamente dopo il suo apparire, e quindi dopo il luglio scorso) un connettivo, in alcuni luoghi ricchissimo di cellule embrionarie, una neoformazione cioè infiammatoria, che Rindfleisch, senza pensare ai topici adoperati, potrebbe tutta attribuire, in prima causa, alla attività delle cellule epiteliali dei più superficiali acini menzionati. Nel fibroma poi, forse contemporaneamente alla comparsa di questa neoformazione infiammatoria (non prima dello sviluppo del carcinoma) si era fatta una attiva proliferazione cellulare, dove le cellule neoformate avevano assunto, almeno per una parte di loro, una apparenza paragonabile a quella che è propria delle cellule epitelioidi. E secondo Rindfleisch questa ancora sarebbe un prodotto infiammatorio dipendente dalla attività di quelle medesime cellule epiteliali, e dalla loro influenza modificato.

Ma, dopo ciò, avendo rigettata di già l'opinione di Cornil e Ranvier, debbo io dire veramente che il fibroma del quale discorro andava mutandosi in un epitelioma, e che è quindi falso il mio primo giudizio, col quale lo ritenni già un sarcoma in via di progressiva formazione?

Digitized by Google

Io mi associo volentieri a coloro, che, in tesi generale, ritengono, fino a quest'oggi, infondata *l'ipotesi della infezione epiteliale*, nel senso che questa valga a metamorfosare le cellule connettive in cellule epiteliali.

Fin ora è incrollabile quella legge fondamentale, la quale stabilisce che gli elementi di ciascuno dei foglietti della blastodermica non si trasformano l'uno nell'altro; e questa legge sussiste tanto nel campo fisiologico che nel patologico. Nè alcuno mai, operando con esperimenti scrupolosamente studiati, ha potuto dimostrare, in modo indiscutibile, che una cellula connettiva si sia mutata in una cellula epiteliale.

E del resto, se io volessi disconoscere questa legge e sostenere che nel caso mio si svolgeva un epitelioma da cellule connettive per infezione epiteliale, dovrei avere maggiori pretese di Rindfleisch e di tutti coloro in generale che sono fautori della infezione stessa. Poichè, ammettendo pure che il primo impulso alla modificazione subìta da quel fibroma, — il quale avrebbe dovuto così essere il materiale di formazione dell'epitelioma medesimo — sia stato dato dalla attività stragrande delle cellule epiteliali del vero epitelioma parotideo descritto (ciò che abbisognerebbe pur anco di una lunga spiegazione), sarebbe necessario poter dire che quella infezione epiteliale si è operata a distanza, perchè nessuna cellula epiteliomatosa, distaccatasi dal tumore epiteliale superficiale, si era infiltrata nel connettivo giovane riscontrato, e tanto meno era penetrata negli spazii plasmatici del fibroma in contatto colle cellule fisse tumefatte e prolifere, mentre la teoria insegna che, quando si opera l'infezione in discorso, è allora che le cellule epiteliali incontrano negl' interstizii del tessuto connettivo le cellule così dette indifferenti.

Digitized by Google

Ma questa infezione, che si opererebbe a distanza, non si può assolutamente ammettere, perchè negli epiteliomi non fu ancora dimostrato un principio infettivo indipendente affatto dalle cellule epiteliali che li costituiscono, diffusibile senza il trasporto delle medesime, e quindi capace di correre a distanza coi liquidi che baghano i tessuti; risultando anzi che solo le dette loro cellule contengono in se stesse tutto ciò che vale a caratterizzare essenzialmente la neoformazione, ed unicamente quando sono dotate delle loro proprietà vitali.

In conclusione quindi, — ritenendo che il carcinoma è un tumore infettante, il quale si sviluppa dal tessuto epiteliale, e che ogni neoplasma d'origine connettiva, ad esso prossimo per la sua costituzione istologica, è un sarcoma —, io dico che la parotide esportata dal Socio Novaro, il 27 settembre ultimo scorso, nella clinica diretta dal Prof. Bruno, era affetta da gran tempo da un fibroma che assunse i caratteri del fibroma sclerosato, e che negli ultimi tre mesi del suo soggiorno nella loggia parotidea, fece posto nella sua parte superficiale ad un carcinoma (il quale si svolse dal rivestimento epiteliale di alcuni acini ghiandolari), disponendosi per il rimanente della sua massa, mediante una grande attività delle sue cellule, a diventare tutt'affatto un sarcoma, il quale si può credere che avrebbe progredito non ostante la degenerazione grassa che andava distruggendo alcune cellule neoformate.

Digitized by Google

E questo caso che, come ognun vede, interessa non poco l'anatomia patologica e la patologia generale, — che ci fa pensare alle possibili coesistenze di tumori infettanti di differente natura in uno stesso organismo ed anche in una medesima parte già affetta da un tumore di significazione unicamente locale, — che ci porta a ragionare sulla natura dei tumori infettanti stessi, e sulla loro genesi nel fatto speciale non solo, ma in un senso generale; — questo caso, in fine, che avrebbe forse servito, per alcuni, quale *puntello alla teoria della infezione epiteliale* (la quale sarebbe perciò stata confortata dall'aggiunta ancora di un argomento falso nella sua realtà), non sarà certamente povero di utilità pratiche per chi ne ha seguito i singoli particolari.

(Dall'*Istituto Anatomico di Torino*, Marzo 1878).

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Fig. 1.ª

Rappresenta una sezione del tumore della parotide esportata dal Dott. Novaro al Teologo M.....ni, la quale comprende la parte superficiale e una porzione della profonda del tumore stesso.

1. Abbraccia la parte superficiale od epitelioniatosa del tumore.
2. Abbraccia una porzione spettante al fibroma sottoposto alla parte epitelioniatosa nella massa del tumore.
3. Frammento di lobulo ghiandolare in cui vi ha una ricca produzione di connettivo giovane nel connettivo interstiziale.
4. Frammento di lobulo ghiandolare in cui il connettivo interstiziale è alquanto più sviluppato del normale.
5. Connettivo fibrillare con cellule adipose.

Digitized by Google

6. Abbraccia un lembo della sezione spettante al vero *fibroma sclerosato*, nel quale le cellule sono in via di proliferazione e comprese in canalicoli molto evidenti.

FIG. 2.ª

Rappresenta una sezione del **fibroma modificato** appartenente alla stessa parotide, o, meglio, la continuazione della sezione che ha servito per la figura prima, dalla quale quindi si deve dire che fu distaccata, in corrispondenza del tratto segnato dal N.° 6.

NB. *In questa figura si vedono distintissimamente i canalicoli plasmatici dilatati, e i diversi gradi della proliferazione delle cellule fisse.*

1. Sostanza fondamentale.
2. Cellula gigante.
3. Sito in cui la dilatazione dei canalicoli plasmatici ha dato luogo ad una specie di ampolla (alveolo), che è figurato solo per una sua parte, nella quale stanno radunate cellule connettive dipendenti dalla proliferazione delle preesistenti.
4. Canalicoli dilatati ed occupati da goccioline adipose e da poche cellule in via di degenerazione grassa.
5. Cellula connettiva grande con tre nuclei nel suo interno e goccioline adipose sparse nel suo protoplasma per effetto di degenerazione.
6. Altre due cellule connettive in via di degenerazione grassa.

PARTE NON UFFICIALE

NECROLOGIA

Il giorno 11 corrente aprile cessava di vivere in Torino l'egregio Comm. Giovanni Stefano Bonacossa, il Nestore degli alienisti italiani, membro del Collegio medico, uno dei fondatori di quest' Accademia di Medicina, e Professore di clinica delle malattie mentali da lui iniziata in questo R. Manicomio fin dall'anno 1851.

Digitized by Google

Nato in Casalgrasso (Saluzzo) nel 1804 compì giovanissimo i suoi studi, e fin dal 1828 fu applicato al Manicomio dapprima come medico aggiunto od assistente, e quindi come medico ordinario e primario sino verso il fine del 1874, che si dimise volontariamente. D'ingegno pronto, vasto e singolarmente sintetico, sapeva con felice intuito dai fatti particolari astrarre gli attributi essenziali e rappresentarne una formola concisa, e quasi sempre esatta.

Per conoscere i meriti scientifici del Bonacossa conviene riportarsi allo stato della scienza psichiatrica e del governo degli alienati in Italia un mezzo secolo fa, ed egli promosse sempre il progresso dell'una ed il miglioramento dell'altro, a prova del che stanno i suoi scritti ed un premio quadriennale da lui istituito e che sarà distribuito la prima volta l'anno venturo.

Nell'insegnamento, negli scritti e nel pratico esercizio pur facendo la debita parte all' influenza delle condizioni organiche, nell'eziologia e nella genesi della pazzia, annetteva però grandissima importanza all' elemento psichico, tanto come momento eziologico che come criterio diagnostico indicante l' eccitamento, la depressione od il turbamento delle funzioni encefaliche, tre precipui stati morbosi fondamentali, secondo lui, della vesania.

Di carattere franco, d'indole espansa, era affettuoso per la famiglia, pei numerosi amici e pei malati che lo ricambiavano di figliale amore.

Dovendosi riferire all'Accademia una più estesa biografia dell'illustre estinto, basteranno per ora questi cenni per indicare quanto grande perdita sia stata la di lui morte.

PORPORATI.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 14ª settimana

dal 31 marzo al 6 aprile 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	1	6	7	Malattie diabetiche, albuminuriche	•	•	•
Asfissia ed apoplessia per parto	1	•	1	» tubercolose, scrofolose	7	3	10
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	•	1	1	» sifilitiche	•	•	•
Convulsioni, eimintiasi	1	5	6	» nervose	•	•	•
Difterite e croup	3	2	5	» ematiche	1	•	1
Coclussie	1	•	1	» calcolose	•	•	•
Vainolo	•	•	•	» scirrose, cancerose	1	2	3
Morbillo	•	•	•	Dermatosi varie	•	2	2
Scarlattina	1	•	1	Marasmo senile e tabi diversi	1	4	5
Diarrea e dissenteria	•	•	•	Indeterminate	•	•	•
Colera	•	•	•				
Febbre intermitt.e perniciosa	1	•	1	TOTALE	101	108	209
» tifoidea e tifo	7	5	12				
» migliare	•	•	•				
Malattie della gravidanza e del puerperio	•	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	17	17	34
Malattie chirurgiche e traumatiche	3	1	4				
Avvelenamenti diversi	•	•	•				
Asfissie	1	•	1	TOTALE nella 14ª settim.na	118	125	243
Malattie dell'appar.o respiratorio	48	61	109	» nelle settim.e precedenti	1023	1102	2125
» dell'apparato dell'alimentazione	6	8	14				
» dell'app.o cardio-vasale	8	4	12	TOTALE complessivo	1141	1227	2368
» del sistema nervoso	9	2	11				
» dell'app.o uropoietico e genitale	•	1	1				
Reumatismo articolare, varie, gotta	•	•	•	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	997	1082	2079
Pneumatosi ed idropi	•	•	•				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 14ª settimana	61	68	129	4	4	8
Nelle precedenti	875	834	1709	94	58	152
TOTALE COMPLESSIVO	936	902	1838	98	62	160

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

ESTIRPAZIONE TOTALE DI GOZZO PARENCHIMATOSO. GUARIGIONE — Nota clinica del Prof. E. BOTTINI, comunicata alla R. Accademia di Medicina di Torino nell'adunanza del 15 marzo 1878, con presentazione dell'operata.

Parrà strano che dopo un lungo esercizio fatto sovra un vasto campo clinico, non mi sia prima d'ora occorso di imprendere la cura radicale del gozzo.

Ebbi già l'onore di riferirvi peregrine alterazioni ed ardue imprese da me eseguite al collo, ed ora riempio una cospicua lacuna nella chirurgia di questa regione presentandovi un caso di esportazione felice di un voluminoso e solido broncocele. Voi mi chiederete di certo come non abbia mai pensato ad accingermi a così grave impresa, ponendo mente come i casi di gozzo fra noi pur troppo non sieno rari, nè pochi i pazienti che vi pregano e scongiurano di liberarli.

Vi furono varie ragioni che influirono su tale riserva, nè qui metterebbe conto che io avessi a riferirle una ad una; Vi dirò soltanto che la precipua fu di

Digitized by Google

fermo la gravità della operazione, quella che in non poche circostanze mi trattenne dal non romperla con codesta sistematica prudenza. Quando era lì per passare il Rubicone, mi balenavano alla mente le fatidiche parole del mio illustre predecessore, il Chiarissimo Prof. Porta.

Nella dottissima ed erudita monografia sulle *malattie ed operazioni della ghiandola tiroidea*, a p. 141 Egli così scrive: « L'estirpazione di tutta od anche « di un solo lato della ghiandola tiroidea, come fu « praticato da Gooch, Theden, Desault, Graefe, Ile- « denus ed altri per una malattia qualunque di questo « organo, è per massima una operazione riprovevole, « da volersi rigettare dalla buona pratica ».

E nella pagina seguente soggiunge: « L'estirpare « un tumore voluminoso della ghiandola tiroidea ade- « rente alle vie aeree ed alimentari, talvolta ripiegato « dietro la faringe, ovvero immedesimato coi nervi « ricorrenti ed il fascio del nervo decimo, la vena « giugulare e la carotide dell'uno o dell'altro lato, e « per chicchessia operazione lunga, penosa e somma- « mente difficile, più atta a compromettere che a « rilevare la fama dell'operatore. Ma tutto ciò è nulla « in confronto del pericolo che si fa correre al pa- « ziente ».

Un giudicio così severo pronunciato da un Chirurgo che meritamente aveva fama d'essere arditissimo fra gli arditi operatori, in un argomento poi ch'Egli aveva sviscerato in ogni piega con profondissimi studi, lasciandoci una monografia che varrà sempre siccome una pagina di alto onore per la Chirurgia Italiana, non è a meravigliare se abbia così a lungo frenato l'ardente desiderio di mettermi alla prova. E notate che la sentenza del Porta non era idea precon-

Digitized by Google

cetta, nè l'elaborato di teorici pensamenti, ma il frutto di una luttuosa, quanto sciagurata esperienza clinica.

Se un operatore abilissimo, come il Porta, dopo prove e riprove aveva finito col mettere *un veto* assoluto alla estirpazione del gozzo, capirete benissimo che l'infrangere questo veto da chi non aveva autorità di nome, doveva giustamente sembrare impresa temeraria. Nè crediate che codesta astensione mi venisse inspirata dalla tema di compromettermi ; Voi mi conoscete a quest'ora abbastanza, epperò ben potete immaginare se il timore di compromettermi possa ed abbia mai arrestata la mia mano ; no, o Signori, ciò che mi tratteneva era la idea, o meglio la convinzione di accingermi ad un cimento troppo arrischiato, per non dire *a fondo perduto.*

Ma seguendo le effemeridi di clinica chirurgica, vedeva volta a volta descritte da chirurghi stranieri estirpazioni complete di gozzo seguìte da successo, osservazioni cliniche più tardi raccolte in una assai pregevole monografia dal Prof. Lücke di Strasburgo *(Krankheiten der Schilddrüse)*, riprodotte recentemente in una dissertazione inaugurale dal Dre Süskind di Tubinga *(Ueber Extirpation von Strumen)*. Giusta le ricerche bibliografiche dello Süskind nella letteratura chirurgica alla fine del 1876, si trovavano registrati i seguenti casi di estirpazione di gozzo.

In Francia 15, Inghilterra 13, di cui il primo nel 1829, America 8, di cui il primo nel 1862. In Germania nella prima metà dell'attuale secolo se ne registrarono solo 14 casi, e dal 1850 in poi 97. Gli operatori che ripeterono l'estirpazione in novero maggiore di volte sono V. Bruns 28 (6 †), Billroth 20 (8 †). Kocher 13 (2 †), Lücke 10 (1 †), Kappeler 5 (0 †), Chelius 5 (1 †), Mech 4 (0 †).

Digitized by Google

In faccia ad una statistica così eloquente, le mie convinzioni sul proposito si dovettero radicalmente cangiare, e dacchè i fatti erano indiscutibili, così mi proposi di romperla con una riserva a quest'ora ingiustificata, non appena si fosse presentata la occasione propizia, e con tanto maggiore impegno in quanto che nella statistica dello Süskind, come sentiste, la Chirurgia Italiana brilla per la sua assenza.

Ma per quello strano e naturale contrasto fra i nostri desiderii e gli eventi, di solito avviene che più s'attende con impazienza una determinata circostanza, e più questa si fa attendere davantaggio, dovetti perciò pazientare fino ad ora per avere sotto mano *un caso operabile*, sempre memore in questa, come in ogni altra impresa del prezioso aforisma del Porta che « per una operazione grave di chirurgia, non « basta provare che si può e si riesce, ma bisogna di- « mostrare che è necessario e indispensabile di fare « per la salvezza del paziente ».

Non basta pertanto che un individuo porti un broncocele, per dare diritto ad un chirurgo di esportarglielo; fa bensì mestieri che questo tumore renda o pericolosa, od altramente insopportabile la esistenza.

Giunto il neoplasma a questo punto, sorge tosto il classico precetto: *melius remedium anceps, quam nullum*, ed i perigli dell'operazione radicale non sono tali poi da intimidire il chirurgo. Dalla statistica di Süskind la mortalità delle operazioni praticate nella 2ª metà dell'attuale secolo raggiunse appena l'esigua cifra del 19,4 per 0[0.

Operazioni di molto minore rilievo sogliono dare un contingente di rovesci ben superiore, nè per ciò alcuno dubita della loro indicazione.

Abbandonate a loro stessi cento individui nelle

Digitized by Google

condizioni testè esposte, ed avrete dopo un tempo più o meno breve di miserrima esistenza cento cadaveri, operateli e ne salverete 81; non vi pare che la cifra sia abbastanza eloquente, perchè io possa dispensarmi dal metterne in rilievo i pregi?

La cura radicale del gozzo pertanto, tuttochè sia stata escogitata con varia fortuna da tempo immemorabile, pure aveva finito per cadere se non completamente in oblio, almeno in disuso, tanto gravi erano i pericoli inerenti alla operazione, ed i chirurgi si accontentavano solo di guardare codesti tumori e umiliati al loro cospetto rispettarli *per forza* come altrettanti *noli me tangere*. Devesi ai progressi della moderna chirurgia se si poterono scongiurare sinistri tanto formidabili e rendere l'estirpazione del gozzo, dal lato mortalità, un' impresa così innocua come l'amputazione di una mammella, col significantissimo divario, che i tumori che richiedono l'asportazione della ghiandola tiroidea in via di regola sono di quelli che non più si riproducono; l'operato, scongiurati i perigli della operazione ne è libero per tutta la vita, mentre che al seno asportato un tumore, se ne ordisce al solito un secondo e poscia un terzo. Il riscontro che mi permetto di fare fra la estirpazione della ghiandola mammaria e la tiroide, è, ben inteso, solo dal lato mortalità, dal lato esecuzione la cosa, vi assicuro, cangia radicalmente d'aspetto.

Io l'ho praticata una sola volta e sto per eseguire la seconda, e tutto che non sia affatto nuovo alle ardue imprese, vi assicuro però che anche fatta colla legatura preliminare, è una operazione imponente che richiede una famigliare conoscenza nella anatomia topografica, ed una calma e sangue freddo a tutta prova. Lo sviluppo del neoplasma sovratutto, se molto

Digitized by Google

voluminoso, finisce con turbare per modo i nessi anatomici che anche questo faro si spegne, e l'orientarsi allora in tanta angustia di spazio ed estrema mobilità della parte non è cosa, almeno a mio giudicio, tanto semplice: cosichè il comprendere in un laccio un organo importantissimo, metti caso l'esofago o la trachea, il frenico od il decimo, è un accidente più facile ad occorrere di quanto si possa immaginare. Non vi so nascondere che in questi ultimi tempi vennero molto commendate da Lücke le iniezioni parenchimatose di tintura di jodio allo scopo di risolvere od altramente fondere il tumore. Secondo Lücke la tintura di jodio avrebbe duplice azione, una specifica, e l'altra irritante locale: colla prima verrebbe sciolto l'elemento ghiandolare, colla seconda si formerebbero focolai infiammatori, che produrrebbero cicatrici riducenti colla loro potenza centripeta la massa morbosa.

Questo metodo già esperimentato da Luton di Reims, se è problematico ne'suoi resultati, non è poi così innocuo, come lo si volle far credere.

Ricordo di averlo adoperato col Dott. Villani sovra una giovane donzella che assisteva una propria congiunta da noi operata in un albergo di Novara, e la reazione fu così violenta per la prima iniezione, che mi passò la voglia di farne una seconda. Più tardi a Torino ebbi a vedere un'altra signora che voleva ad ogni costo essere liberata da un modesto bronocele, esperimentai le iniezioni di tintura di jodio, cominciando con una molto debole, che produsse una notevole reazione generale; dopo otto giorni ne ripetei una seconda, valendomi della tintura forte, come consiglia Lücke, siccome meglio innocua e più efficace, ma questa volta la reazione fu così gagliarda

Digitized by Google

che poco mancò non perdessi l'inferma. Aggiungasi che ebbesi un flemmone del collo con ascesso che richiese un mese di trattamento, ed a cura finita tanto nella prima come nella seconda delle mie ammalate il gozzo era maggiore di prima! A menomare la gravità di tale cura lo Schwalbe propose l'alcool assoluto, ma pare con poca fortuna, ed il Lücke stesso, tuttochè caldo partigiano delle iniezioni parenchimatose, racconta due casi di morte, uno per iniezione di alcool e l'altro di tintura jodica, ove accidentalmente il liquido ebbe a cadere in un vaso, cosa così facile in un organo che si può dire, quando è morbosamente ingrossato, un vero contesto di vene ed arterie, avendo in tal caso la iniezione coagulante procurata una esiziale embolia. (*Es sind mir Zwei Fälle der Art bekannt geworden, who einmal Alkohl, einmal Iodtinktur in ein Gefäss geriethen und Tod nach kurzer Zeit durch Blutgerinnung und Embolie eintrat).* Billroth stesso dice: nei primi casi in cui ebbi ad adoperare le iniezioni parenchimatose rimasero infruttuose, in un caso poi in cui ebbi ad iniettare dell'alcool perdetti l'ammalato per suppurazione dello struma e septicemia *(In den ersten Fällen, in welchen ich diese methode der parenchimatosen Injection von Iodtinctur anwandte, blieb sie erfolgos: ein Fall, in welchem ich Alkohol injicirte, verlief durch Verjauchung der Kropfgeschwulst und Septhämie tödtlich.* Allge: Chirurg. Pat. 761). — Langenbeck *(Klinik und Poliklinik zu Berlin 1875-76),* ricorda di avere ripetutamente nel gozzo usate le iniezioni parenchimatose di tintura di jodio senza ombra di vantaggio. *Wiederholte parenchimatöse Jodinjectionen haben keinen nennenswerthen Erfolg.*

Le guarigioni pol vantate colle iniezioni inter-

Digitized by Google

stiziali sono guarigioni *relativa;* così un individuo che ha un gozzo della circonferenza di 50 centimetri, a cura finita, dopo una lunga agonia se ebbe la ventura di passare incolume fra Scilla e Cariddi, presenta un gozzo di 48 e se volete anche di 46 centimetri, vedete adunque che il compenso non è dei più edificanti. E pensate, o Signori, che vi parlo dei guariti, ma vi è un altro contingente che senza cadere nella tabella dei morti, cade in quella dei *non guariti,* ebbene di questi ne conosco taluni che incominciarono la cura con un gozzo e la finirono che ne avevano almeno due, e non esagero punto, potrei all'occorrenza presentarvi le prove di fatto.

La qual cosa accentuo a studio, acciocchè abbiate a diffidare delle false parvenze di una cura innocua, con mirifici vantaggi che nessuno ha potuto mai controllare, mentre la sana esperienza ed i criterii anatomici provano il contrario, e se è assai problematico che questa cura abbia mai giovato, non è più permesso di credere all'innocenza della medesima.

Può darsi che siansi con tal mezzo guariti gozzi temporarii (*struma hyperemica*) dovuti od a gravidanza, o ad amenorrea, od al soggiorno in località ove il gozzo è endemico; tumidezze gutturali che, come sappiamo, guariscono da sè appena cessata la causa che le ebbe ad ingenerare, per cui presso gli inesperti ebbero voga arcane pomate e balsami preter naturali, ma veri gozzi permanenti è cosa che almeno .... abbisogna ancora di conferma.

Per un sentimento facile a comprendersi non ripeterò a Voi con pedanteschi postulati di contrassegni storici le fortunose vicende della terapia radicale del gozzo, Vi dirò solo del metodo da me prescelto e delle ragioni che mi consigliarono ad adottarlo.

Digitized by Google

Fra i moderni metodi di asportazione del broncocele solido, ne abbiamo due che si contendono il campo, vale a dire *l'asportazione in massa*, e *lo sgusciamento del tumore*.

Questo ultimo metodo che viene comunemente descritto sotto il nome di metodo di Kocher (*intrakapsulare Ausschälung des Kropfes*), giacchè questo Chirurgo crede proprio di averlo egli stesso inventato, opinione che gli concede anche Lücke, si dovrebbe per altro con maggiore giustizia *preferibilmente* chiamare metodo di Porta, giacchè è il Porta che se non lo ebbe ad ideare, lo ebbe per certo a richiamare pel primo e con vantaggio in onore.

Infatti Egli non solo molto prima di Kocher ebbe a descriverlo, ma ad eseguirlo felicemente in sei casi riportati nella sua grande opera di già citata; e già voleva chiamarlo *un nuovo metodo* di operare il gozzo, quando trovò che altri lo avevano di già eseguito, e con quella onestà scientifica che tanto lo distingue, si ristette per ciò dal chiamarlo *un metodo nuovo*. Così in una nota posta in calce alla pagina 158 Egli scrive: « Dopo aver fatto l'estirpazione parziale della ghian-« dola con esito tanto infelice, dissuaso di questa ope-« razione, io ho ideato e messo in pratica con successo « il metodo di sopra, dell'evacuazione del tumore, e lo « voleva intitolare nuovo metodo di operare il bron-« cocele; quando studiando la letteratura di questo « oggetto, trovai in qualche autore accennato un « metodo analogo ».

È strano e veramente incomprensibile come Lücke che pure nell'accennata monografia dimostra di conoscere a fondo la letteratura chirurgica sull'argomento e che ricorda non pochi lavori italiani, ignori completamente il classico lavoro del Porta.

Digitized by Google

Con tale procedimento, come lo designa la sua denominazione, si toglie l'enchima strumoso lasciando in posto la buccia, e ciò per menomare l'emorragia, dacchè i vasi più cospicui serpeggiano sull'involucro del tumore e nell' interno non corrono che capillari o vasi di piccolo calibro.

Ciò nullameno la perdita di sangue, tutto che facilmente frenabile, non cessa da essere imponente; così Lücke dice: *Die Blutung ist stark.* È pur vero che il Porta non si lagna molto della emorragia, ma non è meno vero che di solito non vi badava di troppo, e parla sempre della perdita di alcune oncie, senza precisare il novero. Chi però ebbe la ventura di presenziare alcune di queste operazioni, sa e può dire: che l'emorragia era oltre ad ogni credere imponente!

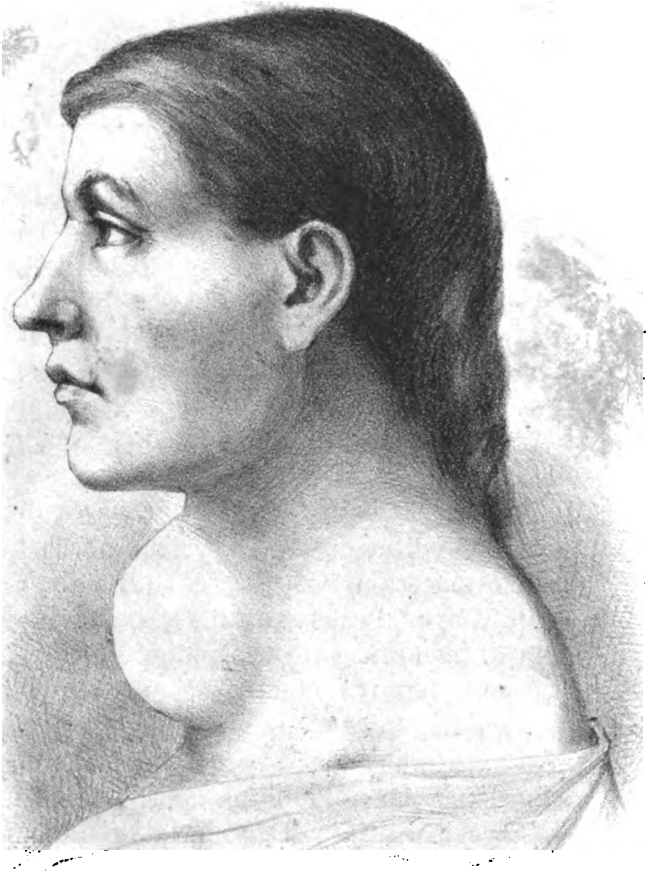
L'asportazione in massa, a dir vero, nel concetto non è nuova, l'idea di questa operazione risale fino a Celso, e ne parlano la maggior parte degli scrittori antichi e del medio evo. I pericoli però derivanti dalla emorragia erano così gravi ed incalzanti, che non pochi Chirurghi perdettero i loro operandi prima ancora di terminare la operazione.

Lücke riesciva con sorprendente vantaggio a rimettere in onore il metodo, aggiungendovi la legatura preliminare dei vasi, legatura doppia, *periferica* e *centrale;* per modo di chiudere i vasi, vuoi venosi, che arteriosi prima di dividerli, in tal modo riescì a togliere diversi gozzi, con perdita di sangue relativamente insignificante. Bruns giungeva collo stesso metodo quasi contemporaneamente allo stesso risultato, e qui fra questi due valenti Chirurghi si accende una questione di priorità, che io mi guardo bene dal volere risolvere.

Lücke racconta di avere in un caso applicato 30 le-

Digitized by Google

Fig. 1



Lit. Salussolia, Torino

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig 2

Digitized by Google

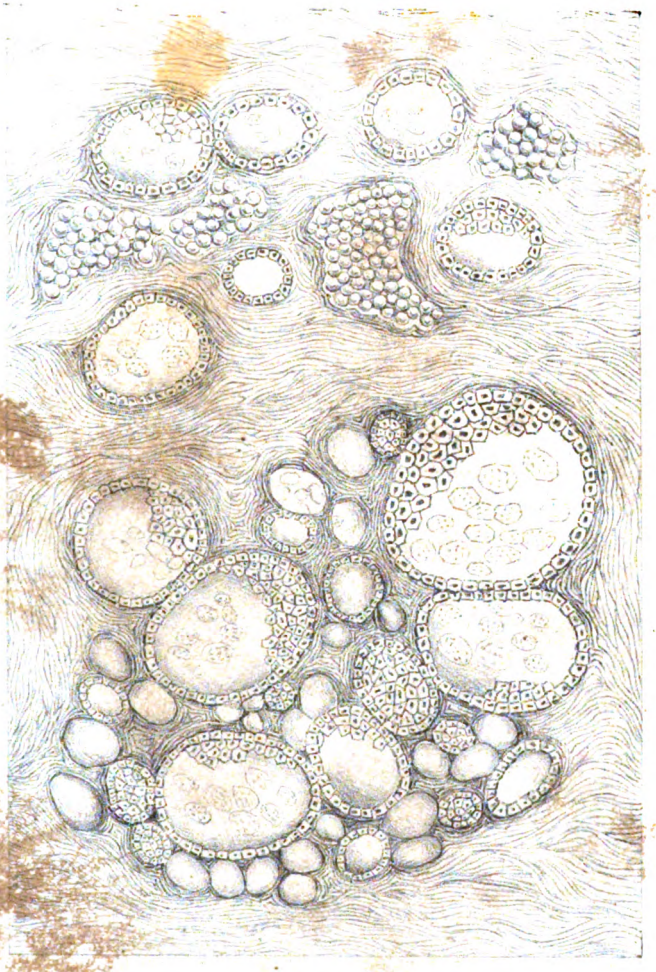
Digitized by Google

Fig. 3.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 4



Lit. Salussolia, Torino

Digitized by Google

Digitized by Google

gature e von Bruns perfino 120, ben inteso che solo una metà dei lacci restava in sito, e l'altra veniva tolta col tumore.

Potendosi rimuovere un intiero gozzo senz'ombra di emorragia inquietante, il metodo dello sgusciamento cadeva per sè e più non aveva ragione di essere.

Cui bono lasciare al collo un ampio sacco, che poteva fondersi e marcire, infiltrando icore e marcia in tutto l'ambito di codesta importantissima regione, quando se ne poteva fare a meno con una economia di sangue senza confronto maggiore? E poi il temperamento richiesto costringe a rinunciare alla riunione per prima intenzione, se non vogliamo esporci, togliendo troppo presto il tampone, ad una emorragia consecutiva. Quest'ampia buccia poi può fondersi, è vero, e scomparire affatto, ma potrebbe anche chiudersi soltanto e tramutare un gozzo parenchimatoso in un gozzo cistico. Sicchè per tutte queste ragioni ho creduto bene di rinunciare allo sgusciamento ed attenermi alla asportazione in massa.

Non voglio passare sotto silenzio come più volte mi sia soffermato alla idea di valermi della dieresi galvanica, già a tale uopo usitata e caldamente raccomandata da Middeldorph, Schuh ed altri, ma dopo un maturo esame ne dimisi il pensiero.

Coll'ansa galvanica mi teneva sicuro di esportare tutto il tumore senza tampoco vedere una goccia di sangue, e punto non mi preoccupava la contingibilità di una emorragia consecutiva. Ma chi mi garantiva che l'azione necrofora dell'ansa in tanta intimità di rapporti non si sarebbe estesa ad organi importantissimi? Il tumore che ebbi a trattare abbracciava e stringeva la trachea, collegavasi fittamente coll'eso-

Digitized by Google

fago ed a destra presentava aderenze così forti colla carotide primitiva e giugulare profonda, da richiedere il distacco una paziente e diligentissima dissecazione. Se coll' ansa galvanica avessi incautamente arso piccola porzione di questi vasi, allo staccarsi della escara e fors'anche prima poteva occorrere un'emorragia fulminante. Se si dovevano correre pericoli era meglio averli di fronte, quando tutto era disposto ed anticipatamente preparato per combatterli, nè poteva preferire che dessi mi avessero a sopraffare alla insaputa e conseguentemente nelle peggiori condizioni di tempo e luogo, ove finivano ad avere un sicuro e facile vantaggio.

Eppoi io comprendo al giusto valore l'azione emostatica dell'ansa galvanica e ne sono un fervido partigiano, ma sempre e solo in quei casi, in cui la dieresi galvanica ha una decisa ed incontestabile superiorità sulle altre risorse usitate.

Il volerla surrogare a capriccio a mezzi più semplici e pronti, solo perchè può riescire egualmente come si fa da qualche Chirurgo presentemente in Germania, adoperandola nelle amputazioni degli arti ed in quelle del seno, è il vero modo di abbassarne invece di estollerne il pregio.

Nella esportazione del gozzo poi mi sembra che *a priori* la si debba rigettare siccome arma infida, troppo pericolosa e disadatta allo scopo. Dacchè noi possiamo togliere con una minuta ed oculata dissecazione il tumore, isolandolo accuratamente dagli intimi ed importantissimi rapporti incontrati con sezioni quasi incruente, valendoci del mezzo più semplice e possente di emostasi, che è la legatura, perchè mai ci tormenteremo il cervello per cercare più complessi e meno sicuri ripieghi?

Digitized by Google

Ora che conoscete il metodo da me seguìto e le ragioni che me lo hanno fatto prescegliere, vi farò in breve la storia del caso che ho l'onore di presentarvi.

La donna che voi vedete è certa Freddi Maria, di anni 28, nubile, nativa di Sizzino, domiciliata a Milano, orfana fino da bambina.

Dalle indagini commemorative si rileva che fino dalla più tenera età erasi accorta di uno speciale turgore del collo colla prominenza nella linea mediana di un tumoretto del volume di un uovo di piccione. Il tumore andò lentamente ingrossandosi, attalchè giunta la donna all'età pubere aveva di già raggiunto il volume di un grosso arancio.

Coll'ingrandire del neoplasma insorsero e sempre più si accentuarono fenomeni di compressione meccanica sulle vie respiratorie, ed allora l'ammalata ricorse a persona dell'arte, esperimentando inutilmente tutta la congerie dei solventi, sia interni che esterni.

Vedendo come a nulla le giovasse questa cura, e d'altra parte essendo ancora più travagliata dal tumore che aveva guadagnato il volume di una grossa melagrana riparava, per una cura chirurgica, nello Spedale Maggiore di Milano, ove veniva collocata, nel settembre 1868, nel comparto del Prof. Albertini.

Questi sembra siasi deciso a tentare la estirpazione del broncocele col metodo dello sgusciamento, ma appena spaccato il tumore, al racconto dell'ammalata, ebbesi una emorragia così violenta, che il Chirurgo dovette desistere e rinunciare alla impresa.

La reazione che ne seguì fu veramente grave, e la suppurazione perdurò abbondantissima oltre 18 mesi e quando sembrava alla fine guarita, non già dal male, ma dalle conseguenze della operazione, venne colta da febbre tifoide (o da assorbimento?), con

Digitized by Google

ascesso al collo, oncotomia e diuturna suppurazione che perdurò per altri 16 mesi. Inariditasi finalmente la piaga, si pensò ad attaccare di bel nuovo il tumore, ricorrendo questa volta a cinque bottoni di fuoco, ma anche qui si dovette desistere dall'impresa per grave emorragia insorta, tuttochè si fosse ricorso al ferro candente, che è uno dei più possenti mezzi emostatici. La suppurazione insorta da questo ultimo tentativo non ebbe più fine, sino al maggio dello scorso anno, in cui finalmente la enorme piaga si chiuse affatto, non già a sollievo dell'inferma, chè il tumore imprese allora a crescere con alacrità maggiore. Con pertinacia di propositi piuttosto unica che rara, questa povera donna esperimentò ancora le iniezioni parenchimatose di tintura di jodio, le freccie caustiche di azotato d'argento, di pasta di Canquoin e perfino le iniezioni della celebrata acqua di Salsomaggiore; non dirò senza alcuna ombra di sollievo, ma con marcato peggioramento. Essendo pure collo aumentare della massa morbosa moltiplicatisi i fenomeni morbosi, e sentendosi di non poter più vivere colla strozza rinserrata, riparava il 27 novembre nella Clinica Operativa di Pavia, decisa a tutto, anche a soccombere, pur di liberarsi da un ospite cotanto insopportabile.

Nel vedere l'ammalata si rimarca tosto un grosso tumore, pari alla testa di un neonato, che dal pieno della regione sottoioidea si estende ed invade a destra ed a manca ambo le regioni carotidee, giungendo a destra fino all'altezza dell'osso ioide, ed un po' meno a sinistra, in basso poi si addentra ed approfondasi nella fossetta sovrasternale per modo che non si giunge a delimitarne il confine. Lungo la linea dello sternocleidomastoideo a destra si rivela una larga ed

Digitized by Google

assai deforme cicatrice d'aspetto raggiato, e nel centro ancora allo stadio vascolare, ultima reliquia dei pregressi tentativi operatorii.

Il tumore ha un aspetto irregolarmente sferico, di consistenza carnea, ed è fisso ed immobile sulla laringe e trachea che avvolge e congloba.

Per poco che si prema sul tumore la donna si sente soffocare, ed istintivamente respinge la mano di chi la esamina. Per quanto si palpi con diligenza la massa morbosa non si riesce a districare la porzione inferiore della laringe, siccome a rinvenire traccie della trachea.

La voce è bassa, fioca, stentata, il respiro aspro con fischio tracheale, che odesi a qualche passo di distanza, particolarmente nella inspirazione. La carotide destra sembra avviluppata dal margine esterno del tumore che oscilla ad ogni impulso cardiaco.

Il disegno che vi presento ricorda con molta verosimiglianza il profilo dell'ammalata, e dà un'idea abbastanza fedele dell'alterazione in discorso. L'esame generale dell' inferma dal lato complicanze rispose negativamente.

Tuttochè la giovane ci pregasse e scongiurasse affinchè l'avessimo ad operare colla sollecitudine maggiore, pure non ci siamo creduti autorizzati ad accedere ad un sì ardente desiderio prima di verificare: se i fenomeni di soffocazione riferiti fossero veri e non esagerati dalla immaginazione od insofferenza. Abbiamo prese anche misure esatte del neoplasma onde mettere in rilievo se desso progrediva ed in quale misura. Epperò fatta la diagnosi *di gozzo parenchinatoso*, si decise di tenere la donna in osservazione per avvisare più tardi, se era o meno il caso di procedere al richiesto provvedimento.

Digitized by Google

L'osservazione perdurò per quasi due mesi, ed avendo avuto più e più volte occasione di sorprendere l'ammalata nel sonno, ci siamo più che persuasi come i fenomeni di tracheo-stenosi non solo erano gravi, ma andavano progressivamente aumentando. Nel frattempo poi il tumore si accrebbe sensibilmente, per cui venne decisa l'operazione appieno giustificata dalla incalzante fenomenia morbosa.

Il 22 gennaio trasferita la donna nel teatro chirurgico, alla presenza di tutta la scuola venne profondamente cloroformizzata, indi con due incisioni concentriche volte dall'alto al basso, dall'esterno all'interno compresi per intiero la cicatrice descritta, approfondando il taglio fino al tumore, mi avvenne di ferire una arteriuzza tegumentale e due vene che vennero immediatamente allacciate con catgut N° 0. Cominciai allora a staccare il gozzo in alto, valendomi soltanto delle pinzette e della sonda, ma le aderenze prodotte dalle pregresse causticazioni erano così fitte e valide che mi riesciva a stento di guadagnare pochissimo spazio. Cominciai allora le allacciature doppie incidendo volta a volta colle forbici i punti intermedi. Aveva divisato di fare queste legature con catgut N° 4 alla periferia del tumore, giacchè erano i lacci che dovevano restare in posto, e con un robusto filo di seta verso la parte centrale della massa morbosa che doveva poscia essere esportata. Ma chi doveva preparare i fili improvvidamente li lasciò troppo corti, per cui non si poteva avere una presa sui capi abbastanza sicura per rinserrare a dovere il nodo; dovetti quindi dopo due lacci molto a malincuore abbandonare il catgut e valermi per un lato e per l'altro del filo di seta. L'operazione durò circa 30 minuti, avendo praticate 52 legature, senza però ferire una sola vena,

Digitized by Google

od una arteria. La trachea era per modo contorta dal gravame della massa da rappresentare un *S* corsivo e le aderenze erano talmente fitte da doverle superare quasi tutte col laccio.

L'enorme ferita che interessava tutto il collo, e sembrava una preparazione anatomica di questa regione venne riunita per prima intenzione con sutura attorcigliata impiegando 10 spilli. Tutta l'operazione e la relativa medicazione vennero eseguite col procedimento antisettico di Lister scrupolosamente osservato.

Vi trascrivo uno specchio della temperatura nei primi otto giorni.

		T	
22	Gennaio	M. 37,2	S. 37,7
23	»	» 37,1	» 37,2
24	»	» 37,1	» 38,1
25	»	» 37,6	» 38,2
26	»	» 37,1	» 37,8
27	»	» 37	» 37,9
28	»	» 36,8	» 37,2
29	»	» 37,2	» 37,3

Da esso facilmente potete apprendere che non vi fu nemmeno ombra di reazione traumatica — Dopo 48 ore si tolsero tutti gli spilli, la ferita si riunì per prima intenzione ed in 8ª giornata la donna cominciava ad abbandonare il letto — I 25 fili raccolti in un mazzetto all'angolo inferiore della ferita caddero poco a poco, uno solo fu molto restìo, rimanendo saldo per oltre tre settimane.

La donna che vi presento non solo non offre più traccia di gozzo, ma quasi nemmeno orme della operazione subìta, come è assai rassomigliante il ritratto

Digitized by Google

che feci togliere per la illustrazione del caso, (vedi figure 1ª e 2ª).

ESAME DEL TUMORE

Il tumore esportato, che potete a vostro agio esaminare, rappresenta l'intera ghiandola tiroide i cui lobi si fusero in una sola massa sferica. Pesatolo immediatamente dopo l'operazione segnava 290 grammi. Spaccato nel suo massimo diametro offriva un aspetto parenchimatoso come una sezione di milza, con multiple formazioni cistoidi, ripiene talune di sangue piceo, altre di una sostanza colloide, assai brunastra. Le cisti venivano separate da tramezzi fibrosi assai stipati, sovratutto verso il centro del tumore ove protendevasi la cicatrice delle fatte causticazioni.

Il disegno all'acquerello che vi mostro è l'immagine perfetta dello spaccato del tumore, tolta dal disegnatore della Clinica poche ore dopo l' operazione (vedi fig. 3ª).

L' investigazione minuta, di cui pure vi presento una figura (vedi fig. 4ª), offriva un ammasso di follicoli a varie dimensioni, ripieni di sostanza ialina, trasparente, con pareti assai delicate ed alcune ancora bene tappezzate da epitelio pavimentoso. Oltre a questi grandi alveoli ve ne hanno altri più piccoli e pure ripieni di un liquido colloide, in alcuni punti il tumore per l'addensamento e picciolezza dei follicoli ricorda con molta verosimiglianza la struttura della ghiandola tiroide nel feto.

Fra questi globi colloidi correvano numerosissimi vasi sanguigni assai dilatati e ripieni ancora di sangue, in molti punti effuso a guisa di focolai emorra-

Digitized by Google

gici, pel subìto strozzamento nella applicazione dei lacci.

Avendovi presentata l'ammalata, il tumore, e detta la storia clinica, non ho altro ad aggiungere, il fatto è troppo eloquente *per sè*, per esimermi da metterne in rilievo i corollarii pratici.

Amerei solo potesse servire di sprone, o meglio di incentivo ai colleghi, e così anche in codesta intrapresa portare la chirurgia nazionale al livello delle altre nazioni, tanto più che l'Italia in genere di gozzi non ne ha da *invidiare* ad alcun altro Paese, e l'aver trovato un modo pronto e sicuro di guarirli, è certo un significantissimo vantaggio che nè possiamo, nè dobbiamo sconoscere.

Come ebbi di già a prevenire in questa stessa comunicazione, il 19 marzo mi si presentava l'occasione di ripetere *l' esportazione totale di un voluminoso e solido gozzo*, di cui ne darò un breve cenno, riservandomi farne quanto prima una narrazione meglio particolareggiata. L' operazione venne eseguita innanzi alla Scuola sovra certo Stoppino Severo da Godiasco; il broncocele era per ogni dove attorniato da grosse vene di cui talune superavano il volume della giugulare superficiale. Sul tumore vennero fatte 54 legature, usando il catgut alla periferia, il cordoncino di seta al centro. Tranne una arteriuzza tegumentale, non si ebbe a vedere altro sangue arterioso, nullameno la perdita di sangue per puro gemitio capillare fu abbastanza rilevante. Non si ebbero sensibili indizi di accentuata reazione, l'enorme ferita si riuniva per coalito adesivo, e l'operato poteva dopo otto giorni non solo abbandonare il letto, ma passeggiare nei cortili dello Spedale, il 12 aprile poi veniva congedato dalla Clinica perfettamente guarito.

Digitized by Google

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

NOTE CLINICHE

(Continuazione alla pag. 271, num. 9)

Osservazione IV. — M. G., di F. R., circondario di Pinerolo, 21 anni, celibe, contadino e fabbro-ferraio; entrato 5 aprile 1878; non consta di predisposizione ereditaria; statura piuttosto bassa; capo mal conformato, appiattito al vertice, schiacciato all'occipite, fronte irregolare, brachicefalia esagerata; dietro le orecchie si toccano nei due temporali due solchi verticali profondi un buon centimetro, e lunghi tre cent.

Craniometria. — D. A. P. mm. 186 — D. T. 163 — C. A. P. 320 — C. Tr. 310 — Circonf.a 550 — Ind. cef. 87 — Cap. cran. 1532.

Capelli neri, folti e duri; occhi divaricati, radice del naso schiacciata; prognatismo esagerato della faccia; orecchie piccolissime; fisionomia fra l'imbecille e l'idiota; udito grave, loquela precipitata, un po' impacciata e tarda, però intelligibile; broncocele; le altre forme organiche regolari anzi che no. Abito piuttosto anemico. Or son quattro anni soffersè febbre gastrica grave, da cui pare che derivasse un tal qual deterioramento nel di lui stato fisico-morale già originariamente imperfetto. Lavorando da fabbro ferraio fu battuto da un compagno perchè esigeva che gli desse del *tu*, al che si rifiutava. Per questa e per altre contrarietà da due anni si fece triste, solitario, taciturno,

Digitized by Google

caparbio, fuggiva di casa e girava pei monti, donde una volta ritornò a casa insanguinato e contuso in varie parti, perchè era caduto da una rocca, e dicendo che era perseguitato dagli spiriti e dalle streghe. Dominato una volta da allucinazioni terrifiche s'avventò alla madre e la percosse gravemente, ed altre volte per fuggire dalla stanza tentò di salire pel camino, sebbene vi fosse il fuoco acceso. Da quattro mesi poi sempre in causa d'idee terrifiche s'isolò su d'un solaio, donde non scese più, e dove gli si porgeva il cibo per una specie di buco. Quando poi vide che lo si voleva prendere, salì sul tetto e si chiuse in un sito per arrivare al quale si dovettero smuovere pietre e praticare un'apertura artificiale. Queste ed altre nozioni vennero benissimo redatte dal medico locale.

Qui è quieto, ma triste e diffidente, parla con difficoltà, mangia scarsamente dicendo che le vivande hanno cattivo sapore: ha lingua mucosa, addome trattabile, temperatura normale, sensibilità ottusa, cardio palmo, polsi tardi, color cutaneo pallido, abito che ritrae l'anemia, orina acquea, secrezioni volontarie. Parlandogli della madre non mostra emozione.

Diagnosi. — Semi-idiozia congenita, a cui per cause accidentali si aggiunse lipemania con allucinazioni terrifiche, da cui era spinto ad atti pericolosi per sè e per altre persone.

Prognosi. — Colla cura si potrà ottenere la scomparsa del delirio melanconico, e dei fenomeni che ne dipendono, e ridurre il malato allo stato primitivo di semi-idiozia quieta. Qualche lieve purgante, vitto regolare, in seguito si soddisferà alle indicazioni che si presenteranno. Si tiene in osservazione, ma in compagnia d'altri, non isolato.

Di quest'anno non entrarono ancora donne imbecilli

Digitized by Google

od idiote. Ne abbiamo bensì parecchie entrate gli anni antecedenti che verranno esaminate in Clinica.

Cretinismo.

Le valli delle nostre Alpi, e segnatamente quelle del circondario d'Aosta danno pur troppo un certo numero di cretini.

Però è cosa rarissima che al Manicomio siano condotti cretini completi. Frequenti invece sono i cretinosi ed i semi-cretini, i quali si resta talora perplessi se debbano veramente essere caratterizzati per tali, ovvero per semplici idioti.

I cretini completi essendo inerti e quasi continuamente immobili, e perciò innocui, non nasce la necessità di sequestrarli. I cretinosi invece ed i semi-cretini sono sovente epilettici, o soggetti ad accessi impulsivi pericolosi o scandalosi, per il che debbono essere ricoverati, ed in tali casi, siccome la malattia impulsiva o convulsiva spicca sull'abito cretinoso, così torna spesso più conveniente di classificarli come epilettici, o maniaci impulsivi piuttosto che semplici cretini. Perciò ne riferiremo per ora un solo caso ed ancora, a rigore, non pienamente caratterizzato.

Non intendiamo di trattare in disteso del cretinismo, ma siccome si crede che nel nostro Manicomio ne occorrono molti casi, così crediamo darne alcuni cenni generali onde farne conoscere i tratti principali, e dimostrare che gl'infermi che riceviamo coi veri caratteri del cretinismo sono rarissimi, quelli poi che ne hanno soltanto alcuni segni possono essere riferiti ai semplici idioti, od anche, a motivo delle complicazioni morbose che li affliggono, agli epilettici, ai maniaci, ecc.

Digitized by Google

La migliore definizione o descrizione del cretinismo crediamo esser ancora quella data dalla Commissione creata dal Magnanimo Re Carlo Alberto nel 1844 per lo studio di tale infermità, definizione ch'è la seguente:

« Il cretinismo è una degenerazione della specie umana che si manifesta in certe regioni del globo e si caratterizza per un grado più o meno grande d'idiozia associata ad abito viziato del corpo *e specialmente ad irregolarità e deformità craniana,* e che deve la sua origine a cause talmente estese che una gran parte degli indigeni se ne risente più o meno nella bellezza delle loro forme e nello sviluppo dell'intelligenza e del corpo ».

La differenza tra l'idiozia sporadica e l'endemica o cretinismo non sta soltanto nella quantità degli individui che ne sono affetti in una data località, ma ancora nella natura delle cause e nell'azione loro più o meno estesa nei sistemi dell'economia. Così ogni malattia cerebrale della prima età può dar luogo all'idiozia, dal che si vede che l'azione di tal causa è generalmente limitata al sistema nervoso. Le cause invece che producono il cretinismo agiscono su tutto l'organismo. Perciò l'idiozia sporadica non è associata a tanta deformità schelerca ed organica come il cretinismo. Un carattere frequentissimo di questo è il broncocele.

Il cretinismo ha varii gradi, ma come già accennammo è generalmente diviso in tre: cretinosi, semicretini e cretini completi.

La tinta cretinosa si osserva in molte persone delle regioni infestate da quella infermità, ma sebbene siano piuttosto torpide nel fisico, e tarde nell' intelligenza, sono però utili, e disimpegnano con sufficiente capacità i lavori e gli affari famigliari; si uniscono in

Digitized by Google

matrimonio ed hanno prole che non è sempre cretinosa.

I semi-cretini sono idioti con macro o microcefalia, capelli folti impiantati fin presso le sopraciglia, occhi divaricati, sovente strabici, naso schiacciato, bocca larga con labbra spesse e pendenti, lingua spessa, parola inintelligibile, sovente sordità, ottusità degli altri sensi e della sensibilità generale, gozzo, motilità torpida, impacciata, incesso dondolante, pesante, contegno stupido con oscillamento della testa e del tronco od altri ticchii, tronco sproporzionato alle membra, mani e piedi sproporzionati al resto del membro. Intelligenza bassissima, quasi nulla, residui qualche affetto e gli istinti. Generalmente, ma non sempre, sono impotenti a generare. Sono capaci tutt'al più di qualche lavoro semplice e grossolano, sono però spesso suscettivi, gelosi e vani, per il che si ricordano dei benefizii e delle ingiurie; amano le preferenze e si disperano se trascurati; amano pure vestirsi bene, mostrano simpatie ed antipatie personali; non sempre curano la nettezza della persona. Inoltre sono soggetti ad accessi impulsivi anche pericolosi per l'azione di lievissime cause, e pochissimo educabili. *(Continua).*

PORPORATI.

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Lettura clinica su di un caso di febbre uretrale, *del Dott.* HARRISON (*The Lancet*). — L'Autore in una delle letture cliniche da lui fatte al R. Ospedale di Liverpool sulle malattie chirurgiche dell'apparato orinario, viene a parlare di certe complicazioni che possono essere considerate come accidentali nel corso e nella cura di questa classe di affezioni. In primo luogo fa

Digitized by Google

notare che non vi è operazione in chirurgia, per quanto leggiera sia e per quanto ben eseguita, che possa assolutamente dichiararsi priva di pericolo; il semplice passaggio di alcuni instrumenti nell'uretra può esser causa di fenomeni talora gravissimi, a cui venne applicato il nome di febbre uretrale. Frequentemente accade che dopo poche ore dacchè si è introdotto una sonda nell'uretra, il paziente risenta un senso di brivido, a cui segue un movimento febbrile più o meno forte, che tosto scompare senza causare maggiore disturbo. Talora invece osservansi dei casi in cui sintomi della medesima natura, ma della più grave intensità sono seguiti tosto da morte. In un caso la morte avvenne sei ore e mezzo dopo l'introduzione di una sonda. Fortunatamente casi come questi sono eccessivamente rari.

Fra i due estremi si trovano casi intermedii con diverso grado di gravità, ma in tutti esiste una rassomiglianza nel carattere della febbre. Per meglio descrivere la natura di questa febbre l'Autore riferisce un caso di febbre uretrale a lui occorso, che presentò estrema gravezza e che pur non ebbe esito letale. Trattavasi di un uomo sui 40 anni che da qualche tempo soffriva di ristringimento uretrale, i cui sintomi eransi in seguito molto esacerbati. Si trovò un ristringimento appena all'indietro del bulbo, che lasciava passare con difficoltà una sonda num. 3. Per 3 settimane furono praticate graduali dilatazioni fino a che si giunse al num. 7. Dalla sensazione che dava lo stringimento, l'Autore credette meglio di sostituirvi altro mezzo di cura, e con ciò ricorse ad un dilatatore di Holt. L'instrumento si arrestò allo stringimento, e non usando maggior forza di quello che ritenevasi prudente, non si potè passare attraverso ad esso. In queste circostanze preferì vincere con forza lo stringimento. Ne seguì una leggiera emorragia; quattr'ore dopo, alle sei pomeridiane, il paziente ebbe un brivido di freddo. Si era dapprima potuto constatare che fino allora il paziente non aveva mai avuto brivido di freddo, e che fino allora l'orina era stata emessa con piccolo getto bensì, ma sempre normale. Alle ore 9 pomerid. vomitò, alle 5 antimerid. del seguente giorno ebbe tre brividi di freddo, seguiti dopo un'ora da vomiti, la temperatura restando a 40. Al comparire del primo brivido gli si somministrarono cinque grani di chinino, continuati per tre volte ogni sei ore,

Digitized by Google

Il giorno dopo tre altri brividi di freddo, anche seguiti da vomito, la temperatura variando fra 37 e 38 ed 8. Alle 5 pomerid. dello stesso giorno l'orina passò per la prima volta dopo che si era introdotta la sonda, ne furono emesse circa quattro oncie, ed era molto colorata ed assai albuminosa; questa infatti rappresentava tutta quanta l'orina che era stata emessa in 50 ore.

Il giorno seguente la temperatura variò fra 36 e 37 4. L'ammalato era in stato di sopore. La lingua era secca e nera, il polso era frequente e filiforme. Vi era tutto a temere per una pronta morte. Alle 10 antim. dello stesso giorno furono emesse due oncie di orina. Il giorno susseguente la temperatura salì a 38 5, orinò 9 oncie d'orina e vomitò una volta. Lo stato generale si manteneva eguale a quello del giorno prima; la pelle, su cui non comparve mai traccia di sudore durante la malattia, era di color giallastro. Nei due giorni susseguenti la quantità dell'orina emessa fu giornalmente di circa 20 oncie, e l'albumina diminuì assai. L'orina si fece poscia man mano normale in quantità, ma conteneva ancora albumina. Poco per volta cominciò la convalescenza; 40 giorni da quello dell'entrata nell'Ospedale tutti i mali erano cessati e l'orina era perfettamente normale.

Per i primi quattro giorni il paziente rimase in uno stato semicomatoso, svegliandosi di tanto in tanto parlando, e piuttosto borbottando, con delirio; e questo stato di mente continuò finchè si ristabilì la normale secrezione dell'orina. Egli vomitava indipendentemente da qualunque liquido avesse preso. Lo stato dello ammalato fu per una settimana tale che si aspettava ad ogni ora la morte, essendo raro che da esso si possa ancora riavere.

Nel riandare questo caso istruttivo nessuno, dice l'Autore, può dubitare che questi fenomeni furono prodotti dall'intervento chirurgico, a cui si assoggettò l'uretra. Adunque quale fu la causa che diede luogo a questi sintomi? Furono essi occasionati da ciò che da noi si chiama uno scuotimento del sistema nervoso, o indicano essi che furono introdotte nell'organismo sostanze infettanti che si ritengono causa della piemia? Cercando una spiegazione, noi potremmo ammettere che a causare la febbre uretrale sia necessaria l'esistenza di una malattia organica, ad es., dei reni. Ora, sebbene malattie dei reni si trovino frequentemente nei casi di

Digitized by Google

ristringimento, e sia stato dimostrato ch'esse si trovarono in qualche caso dove la febbre uretrale ha avuto esitó letale, nel caso attuale non si ebbe la prova di detta complicazione; al contrario fu solo colla presenza di questi sintomi che i reni si trovarono impegnati, l'orina essendo stata normale prima del brivido, e essendo ritornata alla sua naturale condizione quando scomparve la febbre. In questo caso l'effetto prodotto dai reni era veramente notevole, essendo passate più di cinquanta ore prima che fossero emesse alcune oncie d'orina. Ora non vi fu, come potè essere constatato, qualche mezzo di compenso, essendovi sempre stata stitichezza, e la pelle essendo sempre stata ruvida e secca.

L'Autore è di opinione che casi simili a quelli narrati afforzano la conclusione che questi sintomi sono dovuti all'eccitamento propagato al sistema del simpatico, da cui noi sappiamo sono in larga mano innervati gli organi della generazione. Varie considerazioni portano a credere ciò, e nello stesso tempo vengono a suggerirci in qual modo più sicuro tale complicazione può essere allontanata.

Nel ripassare le sue note riferentesi a quei casi dove furono adoperati gli anestetici per il cateterismo, l'Autore osservò in essi una intera mancanza di serii sintomi susseguenti all'operazione, indicante che la coscienza del dolore deve essere un importante fattore nella loro produzione.

Non vi è dolore che così profondamente colpisca come quello prodotto da un istrumento sottile che venga spinto rapidamente attraverso ad un punto resistente e fortemente contratto. Perciò è di prima importanza, adoperando la dilatazione per la cura degli stringimenti, di servirsi di sonde di una data grossezza che possano passare in vescica impiegando una forza più che moderata.

Di più, non vi è dubbio che quelli affetti da malattia organica dei reni sono più soggetti a queste complicazioni che quelli che non ne vanno affetti. Noi sappiamo che tali persone sono più facilmente delle altre vulnerabili, e conseguentemente l'intervento chirurgico deve essere limitato a ciò che è necessario per l'esigenza del caso piuttosto che a ciò che sarebbe in certe circostanze a desiderarsi.

Frequentemente noi siamo chiamati dalla urgente natura del caso a cominciare la cura con poco riguardo a quei preliminar

Digitized by Google

che noi dovremmo impiegare in altre circostanze; ma noi ci dovremmo ricordare che nessuna classe di malattie più frequentemente richiede tale considerazione, ed è meglio beneficata ed influenzata da una precedente preparazione come questa.

Riguardo alla cura della febbre uretrale l'Autore ha due sole osservazioni a fare. E prima di tutto riguardo al mezzo di prevenirla. Dopo il passaggio dell'instrumento nell'uretra, prescrive in due dosi minime la tintura d'aconito del Fleming, da darsi immediatamente dopo l'operazione. Questa pratica fu suggerita dapprima da Long. L'Autore l'ha trovata sempre efficace. Quando avvenga il brivido, l'Autore usa generalmente il chinino in 5 a 10 grani per dose, combinandole coll'aconito dove vi sono i primi indizii d'un movimento febbrile. Nella cura della soppressione dell'orina che più o meno nei singoli casi si riscontra, l'attenzione deve essere diretta ad assicurare l'eliminazione delle escrezioni che i reni non possono fare. Questo può ottenersi agendo sulla pelle con bagni a vapore, o ciò che è quasi ugualmente efficace, mettendo l'ammalato in un bagno caldo e coprendolo in seguito con coperte di lana.

Casi di febbre uretrale sono talvolta così serii, ed apparentemente così sproporzionati alla causa che li produsse, che è sempre cosa ben fatta il ricordare, nella cura degli stringimenti uretrali, la possibilità della sua comparsa.

Dell'ernia della linea semi-circolare. *Nota del Dott.* D. Mollière, *Chirurgo dello Spedale di Lione.* — Il Dott. Mollière ebbe occasione di praticare una *kelotomia* per frenare accidenti provocati dallo strozzamento di un'ernia anomala della regione inferiore dell'addome e quindi fece delle ricerche bibliografiche per mettere a confronto la sua osservazione coi fatti analoghi pubblicati fino ai nostri giorni.

Egli trovò che questi fatti sono molto rari. Mediante ricerche nelle principali pubblicazioni periodiche degli ultimi 30 anni e nei trattati speciali sulle ernie, il Dott. Mollière non potè trovare che 8 casi di strozzamento di ernie anomale.

Ma tenendo conto delle ernie anomale non strozzate e poi esaminando tutte le osservazioni riunite è sembrato al Dott. Mollière

Digitized by Google

che le ernie della regione inferiore dell'addome abbiano una sede pressochè costante. Si trovano quasi sempre a livello del terzo interno di una linea che vada dalla spina iliaca anteriore superiore all'ombellico, un poco al disotto di questo, cioè della linea conosciuta in anatomia topografica col nome di linea semi-lunare o semi-circolare.

È a questo livello che, mutandosi prontamente le disposizioni delle aponeurosi dei muscoli addominali cessano di somministrare al muscolo retto anteriore la parete posteriore della sua guaina, ed è a questo livello e sul margine esterno del muscolo accennato che la ernia osservata dal Dott. Mollière si era prodotta.

I particolari dell'osservazione e della relativa operazione comunicati alla Società di Chirurgia di Parigi sono i seguenti:

La tessitrice M. M. d'anni 39, ben costituita e sana entrò nello Spedale il 14 luglio 1846. Ebbe due parti, uno a termine quindici anni or sono ed uno prematuro or fan tre anni. Ebbe in seguito a questo un flemmone delle pareti addominali che durò molto tempo, suppurò e si aprì spontaneamente. Sulla località si osservano ancora alcune cicatrici a livello della regione sotto-ombellicale, depresse ed aderenti alle parti profonde.

Quattro giorni prima dalla sua entrata all'Ospedale, la M. M., senza cause manifeste, provò dolori vivi in un tumore indolente e riducibile che aveva veduto svolgersi dopo il suo aborto verso la parte inferiore dell'addome. Il tumore si fece al tempo stesso irreducibile e duro, e poco dopo insorsero vomiti e dolori colici. Malgrado questi patimenti la malata continuò per due giorni a lavorare. Ma dopo un tale tempo i vomiti divennero giallastri e fetidi e così frequenti che un medico richiesto fece diagnosi di ernia ventrale strangolata e consigliò l'ammalata a ricorrere allo Spedale.

I vomiti erano incessanti e stercoracei; dal principio del male non erano più avvenute scariche alvine.

Il Dott. Mollière esaminando l'ammalata trovò a livello del terzo interno di una linea tirata dall'ombellico alla spina iliaca anteriore superiore, un tumore ovoide, grosso come un uovo di gallina, non ben limitato alla sua base, doloroso e renitente; la pelle che lo copriva era rossa edematosa come la superficie di un flemmone; l'addome tuttavia non era molto disteso.

Digitized by Google

Fatta diagnosi di ernia ventrale strozzata il Dott. Mollière procedette immediatamente alla *kelotomia* inquantochè la infiammazione dei tessuti superficiali pareva controindicare ogni tentativo di tassis incruenta. L'operazione venne eseguita previa eterizzazione.

Si fece una incisione trasversale comprendente la pelle ed il tessuto cellulare sottocutaneo e si scoprì un primo *sacco erniario* a pareti sottili e trasparenti, lo si aprì e non conteneva che un piccolo fiocco epiploico ed una ripiegatura intestinale del volume di un'avellana.

Col dito si cercò il collo di questo sacco; era un' apertura stretta a margini sottili e taglienti che vennero lacerati coll'unghia del dito indice, questo penetrò in un secondo sacco più vasto e contenente un'ansa intestinale violacea strangolata molto strettamente, ed una certa quantità di epiploon, questo sacco aveva per orifizio un anello fibroso anomalo, stretto, che fu sbrigliato in dentro ed in alto con un coltello bottonato diretto sul dito, questo anello parve collocato sul margine esterno del muscolo retto.

L' intestino tirato fuori si trovò pallido in alcuni punti, e violaceo in altri, fu bagnato per alcuni minuti con acqua tiepida e poi ridotto, l'epiploon lungo 10 centimetri fu abbandonato nella ferita, si applicò un tampone di ovatta fra le labbra della ferita, e si mantenne con una benda applicata strettamente.

Si diede all'operata una pozione con 5 centigr. di estratto tebaico. I vomiti cessarono prontamente, due giorni dopo si coprì il ventre con un denso strato di collodio e si applicò un cataplasma sulla ferita.

Il seguito dell'operazione fu perfettamente semplice.

L'epiploon si coprì di bottoni carnosi e si fissò nel sacco stato aperto, la stipsi durò circa 20 giorni, alcuni clisteri e purgativi ruppero infine le dighe; il 19 agosto l'inferma uscì dallo Spedale.

Il Dott. Mollière, dopo questa osservazione, ha proposto di ritenere fra le ernie ventrali anomale come specie distinte una ernia alla quale si potrebbe dare il nome di *ernia della linea semi-circolare*, e che dovrebbe figurare nei quadri mosografici tra le ernie rare, alla stessa guisa dell'*ernia lombare* di Petit, dell'*ernia otturatrice*, ecc.

Digitized by Google

Egli ha giustamente fatto notare che le osservazioni raccolte nei trattati e nei periodici gli presentarono gli stessi particolari anatomici osservati nel suo caso, dopo di allora egli ebbe occasione di confermare le proprie idee avendo veduto un nuovo fatto di questo genere.

Il 23 aprile 1877 una donna di 55 anni entrò nell'Ospedale e nel servizio del Dott. Mollière, con un tumore sull'addome. Un anno prima essa aveva sofferto di ascite con distensione enorme dell'addome; rimasta a letto parecchi giorni ella provò vivi dolori a livello del terzo interno della linea semi-circolare ed ivi comparve un tumore. Un medicastro che la vide, attraversò questo tumore con una miccia di filo, e dalla puntura fatta uscirono, a detta dell'inferma, circa 20 litri d'acqua; si ritirò il filo, si fece la cicatrice, ma rimase sul luogo un tumore molle che di tempo in tempo diventava sede di accidenti dolorosi accompagnati da disordini della digestione.

È per questo tumore che l'inferma ricorse allo Spedale.

Era un'ernia intestinale che si riduceva con gorgolìo e senza molta difficoltà. Il sacco è poco profondo; l'orifizio si sente ben distinto ad ernia ridotta; è posto immediatamente fuori del muscolo retto, cosicchè l'ernia è sospesa obliquamente a questo muscolo.

Tale ernia venne contenuta con un cinto ipogastrico munito di una placca rigida.

Il Dott. Mollière ritiene che quest'ernia siasi prodotta come una vera ernia spontanea non già per effetto di infiammazione acuta, di ferita o di cicatrice. Le pareti addominali furono distese dall'ascite e sotto questa distensione un punto sulla linea semi-circolare meno resistente degli altri punti delle pareti addominali ha ceduto. È in questo punto che specialmente si producono le ernie ventrali anomale, come a livello delle fossette inguinali, o dell'infundibulo crurale si producono altre ernie, e come a livello di quello spazio quadrilatero dove G. L. Petit osservò la famosa ernia lombare.

La conclusione della Memoria del Dott. Mollière è di chiamare l'attenzione dei Chirurghi sulla esistenza di una nuova specie di ernia addominale a cui si avrebbe a dare il nome di *ernia della linea semi-circolare.*

L. B.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 15ª settimana

dal 7 al 13 aprile 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	3	10	13	Malattie diabetiche, albuminuriche	1	»	1
Asfissia ed apoplessia per parto	3	1	4	» tubercolose, scrofolose	5	4	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	3	»	3	» sifilitiche	1	»	1
Convulsioni, elmintiasi	2	1	3	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	»	4	4	» ematiche	»	»	»
Coclussie	1	7	8	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	»	1	» scirrose, cancerose	1	2	3
Morbillo	1	»	1	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	2	1	3
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	4	4				
» tifoidea e tifo	2	5	7	TOTALE	99	101	200
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	16	7	23
Malattie chirurgiche e traumatiche	6	1	7				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	1	»	1	TOTALE nella 15ª settim.ma	115	108	223
Malattie dell'appar.o respiratorio	49	41	90	» nelle settim.e precedenti	1141	1227	2368
» dell'apparato dell'alimentazione	6	10	16				
» dell'app.o cardio-vasale	4	3	7	TOTALE complessivo	1256	1335	2591
» del sistema nervoso	5	5	10				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	1	1	2	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1096	1183	2279
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 15ª settimana	70	67	137	3	3	6
Nelle precedenti	936	902	1838	98	62	160
TOTALE COMPLESSIVO	1006	969	1975	101	65	166

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta delli 12 *aprile* 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Peyrani, Perosino, Olivetti, Gamba, Mosso, Perassi, Bizzozero, Giacomini, Perotti.

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente, il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Belluzzi *Dott.* Cesare — *Ancora della convenienza ed utilità del parto forzato nelle donne morte inciute o credute morte.* Bologna, 1878 (Estratto dal *Bullettino di Bologna).*

Memorie della R. Accademia di scienze, lettere ed arti in Modena. Anno XVII. Modena, 1877.

Nardo *Dott.* Gio. Domenico — *Annotazioni medico-pratiche sulla utilità dell' acido ossalico nelle infiammazioni della bocca, delle fauci e del tubo gastro-enterico.* Venezia, 1841.

Id. — *Annotazioni medico-pratiche sulle malattie erroneamente credute verminose, sui falsi vermi e sul modo di conoscerli.* Venezia, 1842 (Estratto dalla *Medicina Contemporanea*).

Id. — *Riflessioni medico-pratiche sulla segala cornuta, sopra l'isterismo e sul buon uso di quel rimedio nella cura di alcune specie di questa malattia.* Venezia, 1842 (Estratto dalla *Medicina Contemporanea).*

Id. — *Prospetto analitico rischiarante l'etiologia e la diagnostica, dei mali nervosi, specialmente isterici ed ipocondriaci.* Venezia, 1842.

Id. — *Sopra il potere che hanno alcuni olii essenziali ecc.* Venezia, 1856 (Estratto dagli *Atti dell'Istituto Veneto).*

Digitized by Google

Id. — *Nota sulle ombre colorate ottenute col solo concorso di luci bianche.* Venezia 1858 (Estratto dagli *Atti del R. Istituto Veneto*).

Id. — *Come si provvegga a migliorare lo Spedale Civile generale di Venezia in armonia al progresso dei tempi.* Venezia, 1863.

Id. — *Norme colle quali devono essere ordinate le statistiche relative all'andamento economico amministrativo ed all'esercizio della beneficenza negli Istituti degli Esposti, onde ricavarne utili e sicure induzioni morali, economiche e straniere,* Venezia, 1864 (Estratto dalle *Memorie del R. Istituto Veneto*).

Id. — *Riflessioni generali sulla proposta di sopprimere le ruote destinate all'accoglimento de'figli abbandonati e considerazioni particolari su tale questione che si sta discutendo dalla Dieta provinciale di Trieste* Venezia, 1864. (Estratto dagli *Atti del R. Istituto Veneto*).

Id. — *Considerazioni sulla convenienza sanitaria di vaccinare i bambini esposti alla campagna, dopo alcuni mesi di vita, piuttosto che nell'Istituto ove vengono accolti, e nei primi giorni della nascita e sulle avvertenze igieniche, ecc,* Venezia, 1863.

Id. — *Quali sieno i fatti principali che condurrebbero a supporre essere una mucedinea venefica la causa efficiente del cholera asiatico.* Venezia, 1865.

Id. — *Considerazioni sulla convenienza igienica e morale di non valersi dell'Istituto degli Esposti, per dare allattamento a que'figli legittimi di miserabili, i quali non potendo essere nutriti dalle loro madri, sono mantenuti dalla carità cittadina.* Venezia, 1865.

Id. — *Nuove norme per l'esercizio dell'arte ostetrica in riguardo specialmente all'esercizio delle mammane, tanto relative ai rapporti economico-sociali di esse, quanto a quelli che più direttamente riflettono sulla moralità, sulle nascite illegittime e sulla trasmissione de'bambini all'Istituto degli Esposti.* Venezia, 1867 (Estratto dagli *Atti dell'Istituto Veneto*).

Id. — *Sulle massime relative alla tutela dei trovatelli che il Congresso medico tenuto a Bologna vorrebbe venissero promulgate e sancite come leggi.* Venezia, 1875 (Estratto dagli *Atti del R. Istituto Veneto*).

Digitized by Google

Peyrani *Prof.* Cajo. — *Il sistema nervoso e la temperatura animale.* Torino, 1878.

Pittolo *Dott.* Domingo. — *Carbonchio.* Alessandria, 1875.

Id. — *Contributo allo studio delle paralisi in generale e particolarmente delle paralisi e paraplegie traumatiche.* Torino, 1873.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe. — *Bullettino medico-statistico della Città di Torino,* N. 13. Torino, 1878.

Quindi il **Presidente** rivolge all' Accademia le seguenti parole:

Anche la nostra Accademia ha pagato largo quanto doloroso tributo alla costituzione medica che da qualche tempo va perfidiando fra ogni condizione di persone.

Da ieri due tombe si schiussro per ricevere la salma di due distintissimi nostri Colleghi; del Dott. **Maioni** valentissimo nella scienza e pratica ostetrica che professava ed insegnava a Vercelli, nostro corrispondente laborioso fin dal 1865; del Prof. **Bonacossa** di cui tutti sapete quanta bella fama siasi egli acquistata qui e fuori nello studio delle dottrine psichiatriche e nell'esercizio pratico relativo.

Amantissimi entrambi delle scienze e dell'arte loro predilette, che illustrarono coll'insegnamento e con numerose apprezzatissime pubblicazioni, e dei discepoli, dai quali erano ripagati di affetto, essi lasciano altrettanti amici in quanti ebbero la fortuna di avvicinarli.

Non mancherà certo fra questi chi dica dei meriti del dotto ostetrico Vercellese. Quanto al Bonacossa, tanto benemerito della Accademia per esserne stato Socio fondatore, per l'amore e lo zelo sempre dimostrato alla medesima e come Socio ordinario e come suo Presidente, e col legato che volle farle morendo della sua scelta biblioteca, io spero che il nostro consocio Porporati vorrà gradire l'incarico, che gli dò a nome dell'Accademia, di tessercene elogio necrologico in una non lontana tornata.

Dopo queste parole il **Presidente**, in segno di lutto, scioglie la seduta.

Il Presidente **Olivetti.**

Per il Segretario particolare ff. **Perassi.**

Digitized by Google

Seduta delli 26 *aprile* 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Giacomini, Peyrani, Perassi, Perotti, Berutti, Perosino, Martorelli, Reymond, Valerio, Cerruti, Borsarelli, Gamba, Bizzozero, Mosso, Giudice, Berti, Bottini, Porporati, Molleschott, Gibello e Novaro.

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Annuario della Società dei Naturalisti in Modena. Anno XII, dispensa 1 e 2, serie 2. Modena, 1878.

Atti della R. Accademia dei Lincei. Anno CCLXXV, 1877-78, serie 3. *Transunti* vol. II, fasc. 4, marzo 1878. Roma, 1878.

Atti del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti dal novembre 1877 *all'ottobre* 1878. Tomo 4, serie 5, dispensa 4. Venezia, 1877-78.

Atti della Società Veneto-Trentina di scienze naturali residente in Padova. Anno 1877, vol. V, fasc. 2. Padova, 1878.

Da Costa Simões *Prof.* — *Histologia e physiologia geraldos musculos.* Tomo I. Coimbra, 1878.

Denza *Prof.* Francesco — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri.* Volume XII (giugno 1877), N. 6. Torino, 1878.

Novaro Bartolamè — *Tratado de patologia quirurgica general.* Tomo I. Paris, 1878.

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie 2, vol. XI, fasc. 4-5. Milano, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della Città di Torino,* N. 14-15. Torino, 1878.

Dopo di che il **Presidente** legge una lettera del Socio Pertusio, colla quale questi avverte l'Accademia di non poter intervenire alla presente seduta per motivi di salute.

Poscia il **Presidente**, allo scopo di aspettare la venuta di altri Socii, prima di passare alla nomina dell'ufficio di presidenza

Digitized by Google

e di Socii nuovi, dà la parola al Socio Perosino per la lettura del suo Rapporto.

Il Socio **Perosino** dice che per risparmio di tempo si limita per questa sera a leggere le conclusioni del suo Rapporto.

Finita questa lettura il **Presidente** ringrazia il Socio Perosino, e quindi, constatando che il numero dei Socii presenti è sufficiente per passare alla nomina dell'ufficio di presidenza, propone che si proceda alla nomina del medesimo, e si costituisce in seduta privata.

Restano nominati: Gamba, *Presidente* — Borsarelli, *Vice-Presidente* — Colomiatti, *Segretario Generale* — Novaro e Mosso, *Segretari particolari* — Peyrani e Martorelli, riconfermati per acclamazione, *Bibliotecario e Tesoriere* — Porporati, Arena e Pertusio, nominati *Consiglieri*, ed attesa l'ora tarda la seduta è sciolta.

Il Presidente **Olivetti.**
Il Segretario particolare **G. F. Novaro.**

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Gozzo voluminoso esportato con successo mediante il taglio e la legatura. — Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina nella seduta del 5 aprile 1878 dal Socio Perassi.

Onorevoli Colleghi,

Voi avete ascoltato con molta attenzione l'interessante fatto comunicato all'Accademia nella seduta del 15 scorso mese dal nostro socio Bottini sull'estirpazione di un gozzo parenchimatoso operato con successo dal distinto professore dell'Università di Pavia, ed il generoso appello che egli fece ai chirurghi

Digitized by Google

italiani di non trasandare nelle opportune circostanze di accingersi a questa molto grave operazione.

Essendo io pure presente alla seduta, la lettura di quell'interessante osservazione rammentò alla mia memoria un caso di voluminosissimo bronco-lipo-cele che io pure ebbi occasione d'esportare con felice successo, e sebbene il caso non sia recente, e già sia stato pubblicato nella dissertazione inaugurale di laurea dello studente Giovanni P. Vercescu da Turnu Severinu (Romania) che subiva il pubblico esame di laurea il 14 novembre 1864 nella Regia Università di Torino, non credo tuttavia inutile il comunicarvi questa osservazione, fermandomi particolarmente sul procedimento operativo, onde portare io pure il mio granello di sabbia al comune edifizio chirurgico.

Nell'agosto dell'anno 1864 veniva ricoverato nella mia sezione di chirurgia dell'Ospedale di S. Giovanni un certo Sistero Giuseppe d'anni 46, contadino di Bruino, il quale presentava un gozzo enorme che dalla regione laringea discendeva sulla parte anteriore del petto e dell'addome sino verso l'ombelico, per cui l'ammalato era costretto a sostenerlo con ambe le mani, quando voleva diminuire alquanto questo incommodo peso. Il tumore era appiattito antero-posteriormente, con molti lobi, e la sua larga radice si estendeva dalla parte media del muscolo sterno-cleido-mastoideo destro sino verso l'apofisi mastoidea di detto lato, dove presentavasi più resistente; il tumore era più incommodo che doloroso, di consistenza non dura e non bernocoluta; la pelle che lo copriva era sana, meno nella parte posterior-inferiore, dove era alquanto esulcerata, e scorgenvansi serpeggiare sotto la medesima grossi tronchi venosi. Questo tumore aveva incominciato fin dall'età d'anni 31, ed era

Digitized by Google

cresciuto a poco a poco senza recare gravi dissesti funzionali, fuorchè negli ultimi tempi, nei quali la molestia di sì grave peso, che in certe posizioni gli rendeva assai difficile il respiro, lo indusse a recarsi all'Ospedale, affatto deciso di sottomettersi a qualsiasi grave operazione.

La lentezza del corso della malattia, la relativa indolenza del tumore, il grande sviluppo del medesimo, la sua forma e consistenza mi fecero diagnosticare trattarsi di degenerazione lipomatosa dalla ghiandola tiroidea, cioè di voluminoso bronco-lipo-cele, contro il quale riuscirebbero inutili gli altri presidii curativi all'infuori dell'esportazione del medesimo; in quali divisamenti venni con piacere confermato dall'egregio prof. Bruno, e da varii miei colleghi chirurghi dell'Ospedale, che gentilmente visitarono l'infermo, e che pure non credettero possibile altro tentativo di cura che l'esportazione di cotanto enorme tumore.

Incoraggiato dal consiglio dei colleghi, e dall'insistenza dell'ammalato che ad ogni costo voleva essere liberato da così molesta infermità, mi decisi all'operazione, che venne praticata nel giorno 18 agosto 1864. Trovavansi presenti all'atto operativo, oltre gli allievi dell'Ospedale, il mio assistente dottore Bruno Fedele, ed il dottore Berti nostro socio, allora chirurgo assistente capo universatario, che mi prestarono l'amichevole ed intelligente loro opera e consiglio. Eravi pure presente il dottore Symonds Rooles distinto medico inglese, che in quel tempo visitava gli ospedali di Torino.

Il mio concetto operativo si fu di procacciarmi un lembo curvilineo anteriore più estesamente dissecato, il quale unito ad altro lembo posteriore dissecato in più piccola proporzione potesse a guisa di valvula

Digitized by Google

coprire la molto larga soluzione di continuità risultante dall'esportazione del tumore.

A tal fine collocato nel letto convenientemente l'infermo, e messomi alla destra del medesimo, e fatta una piccola e profonda puntura con un trequarti esploratore, onde vedere se a caso vi fosse profondamente qualche raccolta liquida, che non venne riscontrata, praticai un lungo taglio curvilineo a tutta la parte anteriore del tumore, che riunii con altro taglio curvilineo meno esteso alla parte posteriore del medesimo e mi accinsi alla dissecazione dei lembi.

La dissecazione dei lembi mi riuscì molto lunga e difficile, giacchè inoltrandomi verso la radice del tumore, trovava i tessuti più induriti e più aderenti, inoltre era sovente disturbato dai vasi artero-venosi che si presentavano; i vasi arteriosi che incontrava, li allacciava immediatamente senza grave difficoltà; ciò che mi disturbava maggiormente si era la presenza di grossi e varicosi tronchi venosi che io temeva di incidere sia per l'emorragia, sia per la possibile consecutiva entrata dell'aria, che in questa regione specialmente può riuscire molto pericolosa, per cui presi il partito, prima d'incidere le grosse vene che m'ingombravano la via, di allacciare la vena in due siti alla distanza di circa un centimetro, poscia di reciderla nel mezzo; in tal modo potei impedire sia la emorragia, sia l'entrata dell'aria nelle vene.

Arrivato finalmente verso la radice del tumore, e dopo aver aiutato la dissecazione profonda dei lembi oltre il taglio anche col manico dello scalpello e colle dita, vidi che il medesimo si inoltrava nelle regioni laterali del collo, e specialmente a destra, maggiormente di quanto io mi aspettava, e che mi sarebbe riuscito molto difficile l'inoltrarmi profondamente col

Digitized by Google

tagliente per esportare il tumore e con grande pericolo di ledere gl'importanti organi, vasi e nervi che scorrono in questa regione; presi quindi il partito di praticare la legatura. Non poteva adottare nè la legatura in massa del tumore, nè la legatura dividendolo in due parti, poichè il restante pedicciuolo sarebbe stato troppo voluminoso per impedire gli utili effetti della legatura; adoperai pertanto una legatura a rosario che eseguii nel modo seguente:

Fatti preparare con filo di seta ordinaria appositi refi che resistessero ad una forzata trazione, scelsi un robusto ago retto da sutura munito di cruna sufficientemente ampia, infilzai nel medesimo due refi distinti, e con questo attraversai dal basso all'alto ed a sinistra una porzione della radice del tumore, tale che potesse essere sufficientemente stretta da impedire in modo sicuro l'emorragia e produrre consecutivamente la mortificazione dei tessuti, liberai dalla cruna dell'ago il capo d'un refe, ed assicuratomi mediante alcune trazioni che l'altro capo corrispondeva al refe medesimo, allacciai con questo la porzione del peduncolo a sinistra, e fatto un doppio nodo, recisi un capo solo vicino all'allacciatura, onde diminuire il numero dei refi nella soluzione di continuità, ma lasciando intero l'altro capo per poter più tardi favorirne il distacco. Mi restò così affatto libero un refe che già aveva attraversato la radice del tumore, i capi di qual refe, uno libero inferiormente, l'altro capo era ancora impegnato nella cruna dell'ago, nella quale cruna passai allora altro refe, e coll'ago in tal modo nuovamente munito di doppio refe, traversai dall'alto al basso e procedendo da sinistra a destra un'altra consimile porzione del peduncolo, liberai di nuovo dalla cruna dell'ago il capo del primo refe che aveva lasciato libero, e con

Digitized by Google

questo praticai la seconda allacciatura, tagliando nuovamente un capo solo del refe presso la medesima; così mi restò libero un secondo refe, col quale, infilzato di nuovo nella cruna dell'ago un terzo refe, traversai coll'ago dal basso all'alto e sempre procedendo a destra una terza porzione consimile del peduncolo che allacciai, ed in tal modo andando sempre da sinistra a destra praticai sette allacciature, colle quali venne compresa intieramente dal laccio tutta la radice o peduncolo del tumore senza alcuna piccola interruzione.

L'allacciatura a rosario riuscirebbe ancor più facile, usando fili di color diverso, onde tosto riconoscere i capi dei refi che si corrispondono, come pure si potrebbe traversare il peduncolo sempre cominciando la puntura dalla stessa parte, coll'avvertenza in tal caso di liberare ogni volta ambi i capi dei refi dalla cruna dell'ago.

Impedita in tal guisa in modo sicuro l'emorragia, ed assicurata la mortificazione consecutiva dei tessuti privati della loro nutrizione per l'azione del laccio, avrei anche potuto aspettare lo spontaneo distacco del tumore, se si fosse trattato di tumore molto piccolo; ma non conveniva in cotesto caso, poichè la putrefazione di questa grossa massa di tessuto avrebbe potuto certamente riuscire molto dannosa all'infermo. Munitomi allora d'un coltello d'amputazione, giacchè un semplice bistouri era meno comodo e troppo piccolo, e fatto ben sostenere e trarre in avanti il tumore, e ritirati indietro i refi onde non comprenderli nel taglio, recisi il medesimo qualche centimetro in avanti dal sito dell'allacciatura, e ciò allo scopo d'impedire che l'allacciatura medesima non venisse a sfuggire troppo presto.

Digitized by Google

Pulita quindi la vasta ferita, riunii i due lembi cutanei con varii punti di sutura intercisa, per alcuni intervalli della quale feci uscire i refi dell'allacciatura; avvalorai la sutura con alcune listerelle di cerotto adesivo, sovrapponendovi una fina pezzuola spalmata con unguento refrigerante, un grosso piumaccio di filaccie, apposite compresse, ed una lunga benda passata lassamente attorno al collo servì a contenere l'apparato di medicazione.

La porzione del tumore esportata, che tagliata crocialmente risultò formata di lobi di varia dimensione di tessuto adiposo in alcuni punti più consistente e d'apparenza ghiandolare venne immediatamente pesata colla bilancia della farmacia dello spedale e presentò il considerevole peso di 5500 grammi, ossia di cinque chilogrammi e mezzo.

Non adoperai il croroformio sia perchè l'operazione era troppo lunga, sia perchè l'ammalato si mostrava più volonteroso nel subire l'operazione, che io conscio dei gravi pericoli della medesima nel praticarla; ed infatti avendo nel corso dell'operazione cercato di fargli coraggio, mi rispose che io sudava più di lui, ed invero per il caldo del mese di agosto in una camera non troppo ampia, e per la fatica fisica e morale il sudore mi gocciava dalla fronte.

Semplicissima fu la medicazione consecutiva consistente nella pulizia della ferita con acqua ordinaria ed applicazione d'unguento refrigerativo. La ferita si riunì in alcuni punti per prima intenzione, negli altri ebbe luogo una notevole suppurazione, per la fusione dei tessuti ancora rimasti nell'allacciatura; i primi fili caddero verso il fine d'agosto e varii giorni dopo gli altri senza dar luogo ad alcuna emorragia, e l'ammalato riavutosi ben presto con opportuno regime

Digitized by Google

dietetico potè intieramente guarito abbandonare l'Ospedale circa un mese dopo l'operazione, cioè il 20 settembre 1864.

Più d'un anno dopo una giovane figlia di servizio in una famiglia che abitava in una casa rimpetto alla mia, essendo venuta a consultarmi per qualche incommodo, mi disse che dessa era figlia del Sistero sovra menzionato; io la pregai a volere invitare suo padre a venirmi a ritrovare, ed il medesimo infatti venne a Torino, e mi disse che uscito dall'Ospedale era ritornato al suo paese, dove aveva sempre atteso ai faticosi lavori della campagna senza risentire alcun disturbo per la sofferta malattia; esaminatolo attentamente non riscontrai alcuna traccia di riproduzione del male.

In questa osservazione riusciranno certamente scarsi i dati istologici sul tumore, ma in quel tempo io non poteva avere in mio soccorso gli efficaci mezzi della odierna istologia; mio semplice scopo pertanto si fu quello di esporvi e descrivervi, quale mi si presentò, questo singolare e non tanto frequente fatto patologico, ed indicare il procedimento operativo adoperato con successo, sperando che ciò possa pure riuscire di qualche utilità per il pratico esercizio della Chirurgia.

***Necrologia del Professore* BONACOSSA** letta alla Reale Accademia di Medicina di Torino nell'adunanza delli 3 maggio 1878.

Signori,

Un grave compito m'incombe, quello di stendere la biografia d'uno scienziato illustre, d'un uomo di cuore e di fermo carattere, che consacrò l'ingegno e la vita a pro' della più sgraziata classe di malati; d'un collega ed

Digitized by Google

amico infine, con cui divisi per tanti anni e nei limiti assegnatimi dalle mie attribuzioni, i lavori e la risponsabilità del servizio sanitario del nostro Manicomio. Io non so se corrisponderò all'altezza del mandato affidatomi dall'egregio nostro Presidente, ed alla vostra aspettazione, ma se fallirò allo scopo, attribuitelo all'emozione che provava vergando queste linee, la quale sovente soverchiava le forze del mio povero intelletto e ne confondeva i pensieri.

Giovanni Stefano Bonacossa nacque nel 1804 in Casalgrasso (Saluzzo) da modesta ed onorata famiglia.

Il padre apparteneva pure alla medicina, essendo chirurgo operatore distinto, e vive tuttavia la tradizione della sua beneficenza ed abilità nell'operare.

Il figlio Stefano, secondogenito di cinque fratelli, restò privo del padre a 13 anni. La perdita del padre è sempre grave sventura, gravissima poi quando tocca a prole in tenera età. Ma la crudezza dell'infortunio fu in questo caso temperata dalla virtù e dalla rara perspicacia della madre, la quale, coll'aiuto di qualche altro parente seppe con mezzi limitati fornire ai cinque figli tale educazione scientifica, che tutti pervennero a posizioni sociali distinte ed onorate. L'ora superstite rev. Teologo Nicola Bonacossa, prediletto dal nostro Professore, fu segretario del R° Vescovo di Cuneo, ed è da 24 anni parroco in un paese presso codesta città. Il nostro comm. Bonacossa professava per la madre più che amor figliale, venerazione, e mi ricordo ancora che all'annunzio di qualche indisposizione di lei non c'era sacrifizio che risparmiasse per correre ad abbracciarla e portarle soccorso.

Laureato in medicina a 19 anni, seguì come praticante, secondo l'uso d'allora in Torino, il dottore Gianolio, clinico espertissimo, che legò poi al Bonacossa la sua biblioteca ed alla cui memoria questi conservò gratitudine

Digitized by Google

perenne. Intanto fin dal 1828 venne applicato al R. Manicomio di Torino come medico supplente ed assistente del dottore Trompeo, quindi come medico ordinario.

Nel 1835 fu aggregato al Collegio medico dell'Università di Torino. La tesi latina che difese con mirabile dottrina tratta nella parte fisiologica delle *funzioni del cervello*, nella teorico-pratica delle *vesanie*; e nella medicina forense delle *questioni relative alle vesanie*. In questo pregevole e concettoso scritto il Bonacossa, pur ammettendo nell'uomo un principio spirituale, che sostenne sempre con nobile coraggio, dimostra qualche predilezione pel sistema frenologico di Gall e Spurzkeine, che allora contava vari seguaci, e successivamente poi nel Congresso medico tenutosi in Torino nel 1840 con un discorso improvvisato che pronunciò in risposta al Professore Speranza che combatteva il sistema galliano, lo difese con così splendidi argomenti che riscosse gli applausi della numerosa Assemblea. Una più matura esperienza, e forse l'esagerazione stessa con cui si volle da taluni farne l'applicazione, col tempo lo alienarono da cotesto sistema, od almeno dalla convenienza dell'applicazione stessa.

Nel suddetto anno 1835, celebre per la prima invasione del cholera asiatico in Piemonte, il Bonacossa coll'onorevole Dottore Salvaja, attuale medico della casa sanitaria di Villa Cristina, ed altri impiegati dovettero per oltre tre mesi stare chiusi nel Manicomio, onde non esporsi al contatto di gente estranea ed evitare così la possibilità di comunicare il cholera ai ricoverati, essendo allora tale malattia ritenuta per incontestabilmente contagiosa.

Nel 1837 pubblicò *Saggio di statistica del R. Manicomio di Torino dal* 1° *gennaio* 1831 *alli* 31 *dicembre* 1836, nella quale opera, ricca non solo di notizie statistiche, ma d'importanti argomenti di psicologia morbosa, il Bonacossa si mostra a livello della scienza del giorno.

Digitized by Google

Pertanto, già favorevolmente conosciuto come alienista, nel 1838 col sussidio fornitogli dal Governo e dall'onorevole Direzione del Manicomio compì un viaggio di più mesi in varie parti d'Europa visitandone i più rinomati Manicomi, dove ebbe campo di mettersi in relazione coi più celebri alienisti d'Italia, Francia, Inghilterra, Svizzera, Belgio, Olanda, e gran parte della Germania, e di far largo corredo di cognizioni afferenti allo studio della psichiatria ed al miglior governo degli alienati.

Infatti nel 1840 diede alla luce la sua dotta *Relazione sullo stato dei Mentecatti e degli Ospedali pei medesimi in varie parti d'Europa*, opera commendevolissima per la fedeltà del racconto, la bella dicitura e le utili cognizioni che racchiude. Dessa servì di norma e di stimolo a parecchi miglioramenti nel servizio dei Mentecatti presso di noi.

Questo viaggio formò una delle più care epoche di sua vita, e sovente si compiaceva a narrarne gli episodi.

In quell'anno 1840 in un coi più distinti medici di Torino fu poi uno dei fondatori della Società medico-chirurgica di questa Città, Società dopo alcuni anni eretta ad Accademia dal magnanimo Re Carlo Alberto. Tutti ricordiamo con quanta distinzione abbia il Bonacossa compiuto il suo triennio di Presidenza, e come abbia sempre partecipato con interesse ai lavori scientifici ed amministrativi dell'Accademia. In quanto pregio poi la tenesse lo dimostrò coll'affidarle il còmpito di distribuire il premio quadriennale da lui istituito or sono tre anni, e col vantarsi nel testamento di esserne stato uno dei fondatori nell'atto che lega alla di lei biblioteca i preziosi suoi libri, massime attinenti alla psicologia. Il premio, indizio del suo amore per la scienza, è di lire seicento, perenne e da distribuirsi ogni quattro anni alla miglior memoria di psichiatria teorica o pratica, e sarà dato la prima volta alla fine del 1879. Ma ci conviene tornar indietro.

Digitized by Google

Nel 1843 fu dall'onor. Direzione del Manicomio promosso a medico primario di quell'Ospedale al posto del defunto Dottore Bertolini, e vi rimase sin verso la fine del 1874 che si dimise volontariamente. In questo lungo periodo di sua vita si mostrò sempre all'altezza di sua posizione, promuovendo il benessere dei ricoverati alle sue cure affidati, illustrando la scienza con opuscoli diretti a risolvere importanti questioni di psicologia o di pratica, ma principalmente iniziando nel dicembre 1850 la clinica psichiatrica.

Le condizioni igieniche dei ricoverati nel Manicomio di Torino, specialmente riguardo all'alimentazione, erano un tempo molto difettose, causa principalmente la tenuità della pensione governativa pei poveri che si riduceva a L. 260 all'anno, circa 70 centesimi al giorno. Testimone il Bonacossa delle deplorabili conseguenze che derivarono dall' insufficienza d'alimenti, le quali si traducevano in affezioni scorbutiche, in diarree sfrenate, in cachessie incorreggibili, e persino in frequenti emeralopie; insistette ripetutamente presso l'onorevole Direzione onde si andasse al riparo, ed infatti dopo superate molte difficoltà la prelodata Direzione ottenne che la quota giornaliera pei ricoverati poveri fosse elevata a L. 1,25. Con questo si aumentò la quantità, si migliorò moltissimo la qualità degli alimenti e si ottenne una grande diminuzione delle malattie accidentali, e della mortalità.

A tale miglioramento sanitario bisogna aggiungere che contribuì poi anche nel 1853 l'impianto della Succursale in Collegno che fu un salutare sfogo all'ingombro ognor crescente del Manicomio principale. Il contegno dolce ed amoroso che il Bonacossa teneva coi malati faceva sì che lo riguardassero come padre.

Digitized by Google

Ritornando alle cose scientifiche, nel 1845 pubblicò una memoria *sull'importanza della perizia medica nel giudicare dello stato mentale dell'uomo in alcune questioni del foro civile e criminale.* Questo scritto gli venne suggerito dall'incongruenza di decisioni prese senza alcun consulto medico in casi di dubbia sanità mentale intorno alla convenienza o meno d'interdizione, o di giudizi in materia criminale. In tali circostanze alle volte il giudizio è difficilissimo e la responsabilità di chi lo pronuncia immensa. Egli però dimostrò con validi argomenti che in ogni caso anche di solo dubbio dell'esistenza di morbo mentale il solo medico è competente a pronunciare un giudizio conforme a giustizia.

Coerente a questi principii nel 1849 presentò al Parlamento subalpino una petizione in cui invocava alcune modificazioni e disposizioni del Codice Civile riguardanti appunto la capacità civile in caso d'interdizione, e la soppressione dell'articolo cento del Codice Penale che stabiliva una graduazione di pena a seconda del grado dell'imbecillità o della demenza, essendo egli deciso avversario dell'imputabilità ristretta: chiedeva ancora in quella petizione una legge uniforme pel Regno di Sardegna che provvedesse equamente alla sorte di tutti coloro che per avventizia od ingenita condizione del loro organismo trovansi in stato tale di mente per cui abbisognano di particolare assistenza dalla società e non possono essere assoggettati alle comuni norme che reggono gli altri uomini. Nello stesso anno, ma alcuni mesi più tardi, essendo stato effettivamente presentato al Parlamento dal Deputato Dott. Bertini un progetto di legge sulla custodia e cura dei mentecatti, il Bonacossa vi fece varie osservazioni atte a rischiararne la discussione e renderlo consentaneo ai dettami della scienza del giorno. Sebbene poi, per gli avvenimenti politici di quell'anno (1849),

Digitized by Google

quel progetto di legge non sia stato discusso, tuttavia le proposte principali tanto del Bertini che del Bonacossa, vennero prese in considerazione dal Governo e lo stato dei mentecatti in Piemonte fu d'allora in poi molto migliorato, sia coll'erezione di Manicomi Provinciali atti a dare più pronto ricovero agli alienati che con disagio e pericolo dovevano per l'addietro essere trasferti nei pochi Manicomi centrali, sia col migliorare ancora notevolmente le condizioni igieniche di questi. Invero l'aumento notevolissimo degli alienati ricoverati ora nei Manicomi delle antiche Provincie, fra le altre cause, si deve pure in gran parte alla maggiore agevolezza del loro ricovero ed al migliorato trattamento che ne scemò la mortalità?

Nel 1851 lesse a quest'Accademia un sunto della Relazione fatta dalla Commissione creata nel 1845 da Re Carlo Alberto sul *Cretinismo*, apponendovi varii commenti che ne accrebbero il pregio.

Uno dei maggiori titoli alla sua benemerenza fu poi l'avere fin dal dicembre 1850 aperto una clinica di malattie mentali nel Manicomio, attuando così l'articolo 57 del Regolamento organico di quell' Ospizio che ne dà l'incombenza al medico primario, in ciò secondato molto favorevolmente dall'onorevole Direzione (1).

Per dare una norma a cotesta clinica di cui fece conoscere in un discorso i pregi e l'utilità, ed onde far noti i suoi pensamenti scientifici in proposito, pubblicò nell'anno 1851 gli *Elementi teorico-pratici di Patologia mentale.*

(1) Il Regolamento organico per l'amministrazione del R. Manicomio di Torino. 1837 all'art. 57 dice: « Per facilitare l'istruzione relativa alla cura delle malattie mentali, sarà stabilito nel ricovero una Clinica sotto l'ispezione del medico primario, ed egli darà inoltre, nei tempi che verranno stabiliti dalla Direzione, un corso di lezioni sulle stesse malattie a quegli Allievi del quinto anno di medicina che saranno designati dal Magistrato della Riforma ».

Digitized by Google

I principii teorico-generali da lui ammessi sono: la specie umana è una sola ed autonoma: si debbe ammettere un tipo umano originale perfetto nel fisico, e nel morale per lo studio: lo spirito agisce liberamente nello stato fisiologico: le malattie tutte non sono che deviazioni organiche funzionali dal tipo fisiologico causate da infinite circostanze individuali ed esterne: la pazzia è uno stato coatto che toglie la libertà di pensare e di fare, ecc.

Onde poi far conoscere le idee pratiche del Bonacossa sulla sede e natura delle vesanie, trascriverò alcune linee di questi Elementi, facendo notare che hanno la data di 27 anni fa.

« Il cervello o diremo la massa encefalica qual sede della condizione morbosa delle alienazioni mentali deve più d'ogni altro organo fissare l'attenzione del medico!

« Il cervello come parte integrante dell'organismo essendo in relazione con tutti gli altri organi e visceri e potendo dal diverso stato di questi essere diversamente modificato, in tutti i casi devesi fare attenta considerazione allo stato delle funzioni dei visceri alle medesime relativi;

« Il cervello potendo ammalare nello stesso modo degli altri visceri, alla cura delle affezioni cerebrali sono appropriati gli stessi metodi usati per altre malattie, avuto riguardo alla diversità di struttura e di funzione del viscere.

Le condizioni morbose precipue del cervello che si offrono da curare sono:

1°. Il processo flogistico;

2°. L'iperemia;

3°. L'accumulamento di potenza nervosa;

4°. I cambiamenti di tessiture, di posizione di forma cagionati o dal processo flogistico o nutritivo, o per lesioni traumatiche;

Digitized by Google

5°. Eccesso di nutrizione per aumento di elementi organizzabili;

6°. Difetto di nutrizione per diminuzione dei materiali medesimi;

7°. Irritazione, ossia quella condizione morbosa mantenuta dall'azione di principii eterogenei di qualunque natura.

Questi principii teorico-pratici furono poi molto più ampiamente svolti, modificati e coordinati in gran parte ai progressi avvenuti nella scienza nei *Frammenti di Lezioni teorico-pratiche di medicina psicologica* editi nel 1870 senza però che l'Autore deviasse dalla base fondamentale dei medesimi, cioè che nello studio delle vesanie si debba far gran conto delle condizioni somatiche, ma in pari tempo dare pure un'importanza essenziale all'elemento psichico come momento eziologico, come criterio diagnostico, e come leva terapeutica.

La classificazione delle vesanie la vuole dedotta dalle differenze essenziali e costanti delle medesime e non da un aggiunto, che, sebben frequente, possa però mancare affatto: questa classificazione, si fonda perciò su queste considerazioni:

I fenomeni od atti esterni sono la espressione quali di accrescimento, quali di diminuita o cessata attività, e quali di pervertita azione delle facoltà psichiche e delle loro funzioni. Nel decorso dalle vesanie, generalmente lungo, avvengono mutamenti profondi di forma, dei quali perciò si debbe aver riguardo nella classificazione.

Questa sua classificazione è essenzialmente filosofica, come dedotta dalle lesioni delle facoltà intellettuali, morali ed istintive, ma accennando a troppe gradazioni delle medesime riesce alquanto oscura. — La forma sintetica e filosofica dei Frammenti di lezioni sembra più fatta pei provetti nella scienza, che per quelli che vogliano attin-

Digitized by Google

gervi i primi rudimenti, e se ciò debbesi attribuire in parte all'indole del suo ingegno, dipende pure in gran parte dallo spirito dominante nelle scuole al tempo che ricevette la sua educazione scientifica.

D'altronde compiere un trattato elementare inappuntabile d'una scienza così vasta come la psichiatria che comprende tutto il fisico ed il morale dell'uomo nello stato sano e morboso, d'una scienza così mutabile, progressiva, difficile che nelle sue applicazioni preoccupa la mente ed il cuore a motivo dell'immensa responsabilità di chi la tratta, è opera di estrema difficoltà, e che richiede un grande ardimento, e prima del Bonacossa ben pochi o meno che pochi la tentarono con migliore successo.

Vi sono certamente opere insigni di psichiatria e monografie ricche di fatti e di ricerche che fanno progredire la scienza, ma possono desse servire come compendio per un corso clinico di pochi mesi? Se poi il Bonacossa non parve dare tutto il valore che può spettare alle recenti indagini anatomo-sperimentali, si debbe considerare che dopo tanti anni di studi e di pratica le sue convinzioni scientifiche avevano avuto la prova, più volte ripetute, dell'esperienza, e se vi si mantenne fedele ad onta della corrente contraria ora dominante nelle scuole, bisogna dire che fossero sincere, e degne di rispetto, poichè le riteneva conformi all'ordine ed al progresso sociale.

Alla clinica poi, nell'analisi minuta dei malati, concretava con fino tatto pratico le idee astratte della teoria ed era fatta la debita parte alle lesioni d'ordine organico. Geloso della dignità professionale nel 1863 pubblicò ancora alcuni *Quesiti in alcuni casi di Perizia medico-legale riflettente lo stato mentale.* Tali quesiti gli furono suggeriti nella circostanza d'un processo criminale molto grave in cui il Bonacossa, con altri periti medici, avendo all'udienza

Digitized by Google

pubblica motivato il loro giudizio affermativo dello stato di alienazione mentale, oltre ad altri criterii, sui fatti anamnestici, il Procuratore Regio lo interruppe pretendendo che non si potessero addurre fatti dei quali nell'attuale dibattimento non erasi parlato. Il Bonacossa protestò e e dichiarò che non avrebbe mai più accettato l'incarico di portar giudicio peritale su d'un imputato sospetto di pazzia, quando a tale giudizio si negasse l'appoggio di tutti i dati di cui si serve la scienza e non dei soli fatti prodotti in un procedimento orale pubblico. Nota egli quanto sia diversa la condizione d'un giurato e d'un giudice da quella d'un perito medico, e se a quelli bastano i fatti svolti nel dibattimento, al perito occorrono ricerche minutissime su di fatti talora molto remoti onde poter giudicare dello stato mentale presente d'un individuo. Nella soluzione pertanto dei suddetti quesiti dimostra come al medico perito sia necessaria la più ampia libertà d'indagine.

Nel 1872 scrisse pure sulla formazione dei Manicomi pei *condannati* e chiese che tali Istituti fossero destinati soltanto per quelli che impazzano dopo pronunciata la sentenza, ma che erano risponsabili al momento del commesso reato, poichè coloro al cui riguardo si può stabilire che l'atto incriminato fu commesso in stato d'alienazione mentale chiedeva che fossero ricoverati e custoditi nei Manicomi comuni.

Si fece carico al Bonacossa d'essere stato troppo parco di pubblicazioni, ma, signori, col lavoro materiale continuo che dà il servizio di medico primario di così numeroso stabilimento qual è il Manicomio di Torino, colla preoccupazione di mente che nasce dalla risponsabilità di attestati quotidiani riguardanti lo stato mentale di tanti individui e gli interessi dei medesimi e delle famiglie a cui appartengono, e la quiete della società, i progressi

Digitized by Google

stessi della scienza talora apparentemente contraddittorii, i disinganni nati dalla consumata esperienza sono cause che rendono circospetti, perplessi, sfiduciati gl'ingegni anche i più robusti, i quali piuttosto che esporsi cogli scritti ad opposizioni e critiche, non sempre benevoli, amano meglio tacersi. Il Bonacossa però scriveva sempre, nè io ho voluto tutti enumerare i suoi lavori, ma soltanto i principali, essendo tutti abbastanza noti agli alienisti, ma se un giorno i suoi inediti manoscritti saranno fatti di pubblica ragione, riveleranno ancora, ne son certo, cose preziose ed utili in ordine scientifico e pratico. Poichè la verità è una meta a cui si tende e si può arrivare non per una via sola ed esclusiva, ma per vie diverse, e se le ricerche anatomo-sperimentali hanno un valore incontestabile nell' evoluzione della scienza psichiatrica, non vanno certo neglette le indagini cliniche e psicologiche, ed i lavoratori dei due campi invece di combattersi dovrebbero stendersi la mano onde cooperare ad arricchire e completare sempre più il corredo della comune scienza.

Quanto fosse poi apprezzata l'opera del Bonacossa nell'insegnamento clinico della psichiatria se ne ebbe una prova quando, reggendo la Pubblica Istruzione il Ministro Cibrario, si trattò di concedergli altra cattedra vacante di medicina, ma il Consiglio Superiore di tal dicastero giudicò doversi lasciare alla psichiatria, stante la celebrità acquistatasi in quel ramo di scienza.

Riguardo ai titoli egli fu per molti anni membro del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, da cui si dimise all'epoca del trasporto della Capitale; fu poscia membro del Consiglio Provinciale di sanità, posto che abbandonò pure volontariamente; fu medico consulente di beneficenza, della Villa Cristina, non che dell'Ordine Mauriziano nella quale ultima qualità presentò varie stimate Relazioni riflettenti gli ospizi pei cretini e pei

Digitized by Google

lebbrosi; fu Commendatore dello stesso Ordine; prefetto della scuola ippocratica italiana; membro corrispondente della Società di medicina di Bologna, di Lione, di Gand, della frenologica e dell'Istituto storico di Parigi, delle scienze naturali di Catania, ecc. Ebbe inoltre una scelta clientela. Chiamato recentemente a continuare l'insegnamento della psichiatria, interrotto da tre anni, già sofferente, diede solo tre brevissime lezioni che certamente nulla aggiunsero alla gravità del suo morbo cardiaco, che anzi la presenza della gioventù ne aveva rialzato l'animo. Malgrado poi che desistesse da ogni occupazione, il male si aggravò costantemente e dopo dodici giorni, cioè li 11 di aprile 1878 ebbe esito fatale.

Il Bonacossa conservò sino all'ultimo istante il brio e l'espansione del suo carattere, e la serenità di sua mente.

Ora poche parole dell'uomo privato.

Perduta la madre e rimasto vedovo, concentrò i suoi affetti sull'unica figlia ora sposa all'onorevole farmacista Pietro Grosso, ed alla quale lasciò col cospicuo censo, frutto di lavoro assiduo e di risparmi, un nome onorato nella scienza ed amato da quanti ebbero la sorte di conoscerlo. Riconobbe generosamente il fratello superstite, nè dimenticò i nipoti, nè le persone di servizio. Ma più larga fu la sua beneficenza a prò dei bisognosi, poichè legò l'egregia somma di L. 60,000 per la fondazione d'un asilo d'infanzia nel borgo S. Salvario di Torino, dove ebbe i natali sua diletta figlia; lire 6000 al Comune di Casalgrasso, cioè 3000 in sussidio all'asilo infantile locale, e 3000 pei poveri.

Legò ancora L. 4000 al R. Manicomio di Torino alle cui sorti aveva accomunato quasi intiera la sua vita, e, come già dissi, lascia i suoi scelti libri massime di psicologia alla biblioteca di quest'Accademia, dono ragguardevole riflettente una specialità scientifica, che finora non vi era molto rappresentata.

Digitized by Google

D'animo franco ed elevato, forte delle sue convinzioni non piegò mai ad umilianti concessioni, ma lottò apertamente coi suoi avversari i quali finivano per render giustizia alle sue rette intenzioni. Coltivò l'amicizia degli uomini più distinti suoi contemporanei, e quando spontaneamente lasciò il servizio di medico primario del Manicomio, l'onorevole Direzione del medesimo in attestato d'onoranza e riconoscenza pei suoi assidui ed intemerati servizi lo regalò, in una solenne adunanza, d'una magnifica medaglia d'oro che ricorderà ai suoi discendenti in quanto pregio sia stata tenuta l'opera di lui da quelli che potevano più scientemente giudicarla.

Torino, 28 aprile 1878.

Dott. M. Porporati.

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Docimasia auricolare. — Il Prof. Tamassia ci diede negli *Annali Universali* (1875 e 1877) un sunto accuratissimo di quanto fu scritto su questo argomento da Wreden, Went, Gellè, Ogston, Blumenstock, Casper-liman e Giovanardi. Io raccoglierò dalle riviste del chiar.mo Prof. Pavese le ultime deduzioni di questi Autori, ed esporrò il giudizio dato dal nostro Mo sul valore di questo mezzo diagnostico.

Wreden e Wendt ammettono potersi trarre argomento in favore dell'avvenuta respirazione, se la cavità del timpano contiene aria, anzi che una massa di sostanza mucosa; e soggiungono che dalla qualità del fluido esistente in detta cavità si può argomen-

Digitized by Google

tare in quale ambiente (amnios ecc. ecc.) l'infante ha respirato.

Gli studi successivi di Gellè (così scrive il Professore) avrebbero dato le seguenti conclusioni:

1° Nel feto l'orecchio medio è privo d'aria e pieno di un ammasso gelatinoso.

2° Colla respirazione l'aria entra nel timpano e scompare l'ammasso gelatinoso, che viene riassorbito in causa dell'iniziata circolazione polmonare.

3° Le grida e la suzione favoriscono la respirazione e l'ingresso dell'aria nelle cavità timpaniche.

4° Nelle condizioni normali il fenomeno ha luogo in pochi istanti: di rado dura alcune ore, e dopo 12 al massimo, la trasformazione è completa. Se la respirazione è languida e si ha una lenta asfissia, il fenomeno è incompleto.

5° L'ingresso dell'aria nei polmoni e nell'orecchio sono due funzioni simultanee, e quando l'esame dei polmoni è impossibile, il medico esperto potrà coll'esame dell'orecchio trovare i segni positivi o negativi della respirazione.

6° Dall'esame dell'orecchio medio del neonato si potrà giudicare se la morte sia avvenuta per emorragia o per asfissia, se la morte è avvenuta prima o dopo il parto, prima o dopo la respirazione.

7° Nel caso di insufflazione artificiale si potrà trovare nelle cavità timpaniche o in una soltanto, del liquido siero-sanguinolento misto ad aria, ma non è scomparso lo stato fetale.

8° Il catarro auricolare frequente al tempo della nascita è un ostacolo serio all'ingresso dell'aria nell'orecchio medio, e nei neonati al catarro semplice spesso tien dietro l'otite purulenta. I diversi stati patologici dell'orecchio medio non si possono mai confondere collo stato fetale del medesimo.

9° Considerando la molta differenza che passa fra l'orecchio medio del feto e quello dell'infante che ha respirato, il medico legale ha un segno incontestabile della respirazione e della vita del neonato. Le autopsie hanno costantemente dimostrato l'intimo rapporto che passa fra la respirazione polmonare e l'ingresso dell'aria nell'orecchio.

Digitized by Google

Quindi al quesito: se l'infante ha respirato, il perito risponderà in base dei dati ricavâti dalla docimasia polmonare e dalla ispezione auricolare.

Nel caso che non si possano avere le prove docimastiche, allorchè si cerchino lungo tempo dopo la morte, avrà molto valore la persistenza del segno dello stato fetale dell'orecchio.

10° Nei casi d'infanticidio per emorragia, il perito dovrà tenere conto della scomparsa del contenuto timpanico, e basarsi sopratutto sulle altre docimasie, e specialmente sulla polmonare.

11° Prima d'aprire la cavità del timpano sarà d'uopo pungere sotto acqua il sotto-timpano, e verificare se ne esce qualche bolla o pura o mescolata a sierosità sanguinolenta.

12° Coll'esame anatomico dell'orecchio medio il perito potrà rispondere ai seguenti quesiti:

Il feto è nato morto?

Il feto ha vissuto?

Il feto è morto prima, o durante, o dopo il parto?

In quanto alle conclusioni medico-legali quelle del Gellè sono presso a poco quelle di Wreden e di Wendt; ma non sono accettate da tutti i cultori dell'anatomia e della medicina legale.

Fra questi vi ha l'Ogston, il quale, appoggiandosi ai risultati di 15 autopsie, non ammette che l'orecchio medio del feto sia fino alla nascita ripieno della sostanza gelatinosa, e che questa scomparisca nelle prime 24 ore della vita extra-uterina, e che la presenza dell'aria nella cassa del timpano sia una prova positiva che il feto ha respirato e per qualche tempo.

Delle 15 autopsie, 6 si riferiscono a soggetti aventi dalle 4 alle 14 settimane di vita extra-uterina. Le cavità timpaiche in 3 soli casi erano piene d'aria — in 2 contenevano un miscuglio d'aria e di liquido — in 1 erano ripiene di muco senz'aria, abbenchè il soggetto avesse vissuto due mesi e non vi fosse infiammazione catarrale delle trombe.

Le 9 altre ispezioni furono fatte su neonati, e tre sole volte si trovò aria nel timpano, quantunque i polmoni fossero in tutti aereati.

Sostiene poi non potersi confondere l'ingorgo congenito della

Digitized by Google

cassa del timpano colla infiammazione catarrale, perchè in questo ultimo caso il muco è sempre mescolato all'aria.

Blumenstock esaminò 18 infanti dei quali alcuni non avevano respirato ed altri vissero dopo la nascita, e conchiuse che se la prova dell'orecchio, ove manchi la prova polmonare, non ha gran valore, è però utile:

1° Per stabilire se il neonato ha eseguite forti inspirazioni e se visse qualche tempo o morì dopo pochi istanti.

2° Per condurre a giudicare per qual causa il feto sia morto durante od anche subito dopo il parto. La morte avviene sovente per interruzione della respirazione placentale, seguita da precoci movimenti respiratorii o da inspirazione dell'amnios. Allora nella cavità del timpano si potranno rilevare alcuni componenti del liquido amniotico.

3° Per accertare se il neonato ed anche l'uomo adulto (secondo Hofmann) fu sommerso in un liquido, imperocchè questo liquido dovrebbe trovarsi nell'orecchio.

4° Per provare, nei casi di procurato aborto, se la sollecitazione del parto era indicata.

Casper-Liman, dà un valore subordinato a questo criterio e dice:

1° Se in cadaveri freschi d'infanti aventi polmoni non penetrati d'aria per respirazione, la cavità del timpano è ripiena di sostanza mucosa, si può conchiudere non essersi fatte potenti respirazioni.

2° Se questi infanti presentano liquido amniotico nella cavità del timpano, si può stabilire che la morte avvenne durante il parto.

3° Se i polmoni presentano i caratteri di una respirazione incompleta e la cavità del timpano contiene acqua amniotica, può stabilirsi che la morte avvenne per asfissia dopo il parto ed in conseguenza del parto.

4° Se la respirazione non ebbe luogo, l'esame dell'orecchio non può condurre a nessuna conclusione, ma solo a probabilità.

5° A putrefazione avanzata l'esistenza di un liquido nella cavità del timpano non prova che ebbe luogo aspirazione d'acqua amniotica.

Digitized by Google

6° Le sostanze estranee (cellule, fibre vegetali, ecc,) trovate nell'orecchio interno faciliteranno la diagnosi sul genere di morte.

Giovanardi, dietro i risultati di 13 osservazioni proprie, arriva alle conclusioni del Liman, e nega a questa indagine ogni valore assoluto, se esclusiva.

Negli adulti morti d'annegamento il Giovanardi ha trovato tracce del liquido nella cavità del timpano; mentre in cadaveri di adulti immersi in una vasca di liquido colorato non ne vide punto.

Il Mo in una dotta ed elegante memoria, che fu pubblicata sul principio del corrente anno nell'*Osservatore*, e che ha per titolo: *Contribuzione allo studio dei caratteri che presenta il feto maturo e che ha respirato*, parlando della docimasia auricolare, riferisce le prove da lui fatte in un neonato che aveva respirato incompletamente e che morì d'emorragia ombelicale.

Dolente che il soggetto di questa rivista non mi permetta di compendiare tutta intiera la memoria del mio egregio collega, cercherò di compensare in parte i lettori, trascrivendo, in riguardo all'ispezione auricolare, le stesse parole dell'Autore.

« Prima di porre termine a questa mia narrazione voglio accennare ancora alla prova da me fatta della docimasia dell'orecchio conformemente ai consigli di Gellè *(Tribune médicale)*, e di Giovanardi (*Lo Spallanzani*).

« Divisi pertanto la testa sulla linea mediana: distaccai i due padiglioni delle orecchie onde mettere in maggior evidenza il fondo del condotto uditivo (ove si trovava una sostanza biancogiallastra) e la membrana del timpano. Immersi successivamente le due metà della testa nell'acqua limpida ed incisa la membrana del timpano primario non vidi sprigionarsi la più piccola bolla di gaz nè in un caso nè nell'altro.

« Introdussi allora nell'apertura faringea della tromba Eustachiana il becco di un catetere destinato alla pratica del cateterismo della medesima, ed immerse nuovamente ciascuna delle mezze teste nell'acqua, insuflai colla bocca, e dapprima dolcemente, dell'aria nella tromba di Eustachio stessa. Anche con questo mezzo non usciva alcuna bolla d'aria attraverso al con-

Digitized by Google

dotto uditivo esterno: si fu solo soffiando con maggior forza che l'aria si sprigionò attraversando la membrana del timpano e rompendo gli strati soprapposti del liquido sotto forma di numerose e grosse bolle.

« Lo stesso fatto si ripetè, in modo identico, sull' altra metà della testa.

« In questo caso pertanto posso dire con certezza che aria non si trovava nella cassa del timpano, sebbene il feto avesse in modo certo respirato. La prova poi da me istituita della insufflazione dell' aria nella cassa del timpano attraverso alla tromba di Eustachio servirebbe a provare che la tromba stessa non era pervia, ma otturata da entrambi i lati da una più o meno grande quantità di muco, che sarebbe stato trascinato via dalla corrente d'aria spintavi nel primo atto dell'esperimento.

« Penetrai in seguito nella cavità timpanica sollevando la lamina ossea che forma la parete superiore della cavità stessa; ma nè nell'una nè nell'altra trovai il magma gelatiniforme notato da Gellè, la mucosità viscida e densa cui accenna Fabrizio di Acquapendente, e la proliferazione della membrana mucosa dimostrata da Wreden, Trölsch e Wendt, e neppure nella cavità premastoidea non riscontrai traccia di questa sostanza.

« Pensai in sulle prime alla possibilità di avernela esportata spingendo con forza l'aria nella cassa, ma sia per non averne veduto codesta sostanza venir fuori dall' orecchio esterno, sia per non averne trovato nei siti più reconditi della cavità timpanica, sia infine ricordando i fatti citati dagli autori dei feti nati morti nei quali di questo magma non si era rinvenuto traccia, supposi che anche nel nostro soggetto non se ne trovasse; imperocchè non saprei ammettere come abbia potuto spazzare così esattamente la cassa timpanica (sopratutto da un lato ove la forza usata nell'insufflazione fu affatto debole), tanto più che l'aria spin-

Digitized by Google

tavi trovava facile uscita attraverso alla membrana del timpano incisa ampiamente ed in direzione diversa.

Il Gellè dice che l'aereazione del polmone e quella delle orecchie vanno di pari passo: la prima vincola la seconda e questa misura il grado di quella.

« Or bene nel caso nostro la respirazione non fu molto energica come lo provarono anatomicamente i caratteri dei polmoni (vedemmo che nel lobo inferiore del polmone destro era penetrata poco o punto di aria) e la posizione del diaframma; e come si poteva già dedurre *a priori* considerando che non era stato legato il cordone, e che per conseguenza la respirazione invece di rinforzarsi doveva sempre più illanguidirsi: non farà quindi meraviglia se le deboli inspirazioni, che dovette eseguire il neonato in questione, durante il breve suo periodo di vita extra-uterina non furono sufficienti per espellere il muco della tromba e far sì che l'aria arrivasse nell'orecchio medio.

« Ove alle cose dette si aggiunga, che secondo l'opinione del Gellè: « La morte per emorragia può indurre per anemia la produzione artificiale del vuoto auricolare », si troverà una nuova causa dell'assenza dell'aria nella cassa timpanica. E questo pronunziato è applicabile al caso concreto, imperocchè la morte del neonato conformemente a quanto ho esposto, avvenne appunto per emorragia: ed è in questi casi in cui lo stesso Gellè ammette il massimo valore alla docimasia polmonare, ed il Giovanardi asserisce che « la prova dell'orecchio non ha in medicina legale tutta quell'importanza che le viene accordata dal Gellè, perchè se si trova aria nella cavità del timpano, se ne troverà in maggiore quantità, più presto e con minore incertezza, nei polmoni; se non se ne trova, il feto può essere nato vivo ed aver respirato »: e questo è per l'appunto quanto a me occorse di riscontrare ».

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 17ª settimana

dal 21 al 27 aprile 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	4	»	4
Asfissia ed apoplessia per parto	»	1	1
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	2	1	3
Convulsioni, elmintiasi	2	3	5
Difterite e croup	1	1	2
Coclussie	2	»	2
Vainolo	2	1	3
Morbillo	»	»	»
Scarlattina	1	»	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»
Coléra	»	»	»
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	1	1
» tifoidea e tifo	6	4	10
» miliare	»	1	1
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	3	3
Malattie chirurgiche e traumatiche	4	1	5
Avvelenamenti diversi	»	»	»
Asfissie	1	»	1
Malattie dell'appar.o respiratorio	20	21	41
» dell'apparato dell'alimentazione	9	4	13
» dell'app.e cardio-vasale	2	1	3
» del sistema nervoso	6	3	9
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»
Pneumatosi ed idropi	»	»	»

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot
Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	
» tubercolose, scrofolose	4	4	8
» sifilitiche	»	»	
» nervose	»	»	
» ematiche	1	»	1
» calcolose	»	»	
» scirrose, cancerose	»	»	
Dermatosi varie	»	1	1
Marasmo senile e tabi diverse	»	1	1
Indeterminate	»	»	
TOTALE	68	52	120
Non appartenenti alla popolazione di Torino	13	6	19
TOTALE nella 17ª settim.na	81	58	139
» nelle settim.e precedenti	1346	1409	2755
TOTALE complessivo	1427	1467	2894
TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1238	1303	2541

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 17ª settimana	72	58	130	4	2	6
Nelle precedenti	1081	1023	2104	108	70	178
TOTALE COMPLESSIVO	1153	1081	2234	112	73	185

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta delli 3 maggio 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci Olivetti, Giacomini, Peyrani, Perotti, Porporati, Gamba, Chiappero, Lessona, Perosino, Reymond, Bizzozero, Mosso e Novaro.

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente, il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Favre *Doct.* A. — *De la dyschromatopsie dans ses rapports avec l'état militaire et la navigation.* Lyon, 1876.

Id. — *Du daltonisme dans ses rapports avec la navigation.* Lyon, 1877.

Id. — *Le traitement du daltonisme dans les écoles.* Lyon, 1877.

Id. — *Nouvelles recherches sur la détermination quantitative de la vision chromatique.* Lyon, 1878.

Heger *Doct.* Paul — *Étude critique et expérimentale sur l'émigration des globules du sang envisagée dans ses rapports avec l'inflammation.* Bruxelles, 1878.

Mosso *Prof.* Angelo — *Sul polso negativo e sui rapporti della respirazione addominale e toracica nell'uomo.* Torino, 1878 (Estratto dall'*Archivio per le scienze mediche.* Anno II, fascicolo 4°, 1878.

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie II, vol. XI, fascicolo VI. Milano, 1878.

Rendiconto della Società delle scuole elementari gratuite per ragazzi e ragazze rachitici in Torino per l'esercizio finanziario

Digitized by Google

e per l'andamento morale e sanitario dell'anno 1877. Torino, 1878.

Resoconto delle adunanze e dei lavori della Reale Accademia Medico-chirurgica di Napoli. Tomo XXXII, fasc. 1° (gennaio, febbraio e marzo 1878). Napoli, 1878.

Ripa *Dott.* Luigi — *La medicina comunale o la civiltà igienica.* Anno XVIII (maggio 1878). Seregno, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino, N.* 16. Torino, 1878.

Il Socio **Gamba** chiede la parola per leggere una lettera del dott. Cazenave di Pau, colla quale questi si stupiva del modo di procedere di questa Accademia a suo riguardo per non averlo eletto a suo Socio corrispondente, non ostante le reiterate domande corredate di titoli.

Il Socio **Peyrani** fa osservare essere di fatto che il dottor Cazenave presentò già diversi lavori a quest'Accademia, sollecitando il titolo di corrispondente, ma che l'Accademia, dietro rapporto, non giudicò tali lavori sufficienti per accordare il domandato titolo.

Il **Presidente** propone perciò di non più oltre occuparsi del dott. Cazenave e di passare all'ordine del giorno. Proposta che è accettata all'unanimità dall'Accademia.

Esaurito questo incidente, il **Presidente** osservando che non vi ha il numero legale dei Soci presenti, per procedere alla nomina dei Soci corrispondenti, dà la parola al Socio **Perosino** per la lettura del suo Rapporto sui lavori del prof. Vachetta.

Il Socio **Perosino** osserva che la lettura del suo Rapporto e necessaria discussione porterebbero troppo in lungo, epperciò propone che il Prof. Vachetta venga ammesso fra i candidati a Socio corrispondente avuto riguardo agli altri colti lavori che il medesimo ebbe già ad inviare a questa Accademia e nei quali si fecero sempre rapporti assai favorevoli.

Digitized by Google

Il Socio **Bizzozero** appoggia la proposta del Socio Perosino.

Il **Presidente** invita il Segretario generale ad inscrivere fra i candidati a Socio corrispondente il prof. Vachetta.

Il Socio **Novaro** propone a Soci corrispondenti il dott. Domenico Barduzzi, aiuto presso la clinica-chirurgia dell'Università di Pisa, e il dott. Bartolomeo Novaro di Buenos-Ayres.

Il Socio **Peyrani** propone a Socio corrispondente il dottor Dell'Orto Giovanni esercente a Nuova Orleans.

Il Socio **Reymond** propone a Socio corrispondente il dottor Favre.

Il **Presidente** propone pure a Socio corrispondente il dottore Leopardi, riservando di riferire sopra un suo lavoro in una prossima tornata.

Il socio **Mosso** presenta all'Accademia una memoria del professor Heger intitolata: *Étude critique et expérimentale sur l'émigration des globules du sang, etc.*, e propone lo stesso professor Heger a Socio corrispondente.

Il **Presidente** notifica all'Accademia aver egli ricevuto una lettera dell'erede del compianto Socio Bonacossa, colla quale, quegli fa noto aver questi legato all'Accademia la sua Biblioteca medica.

Il Socio **Bizzozero** presenta all'Accademia un piccolo ascaride venuto spontaneamente fuori dall'angolo interno dell'occhio di un piccolo fanciullo.

Il **Presidente** ringrazia il Socio Bizzozero e poi dà la parola al Socio Porporati il quale legge una Necrologia del compianto Socio prof. Bonacossa.

Il **Presidente** ringrazia il Socio Porporati e quindi leva la Seduta.

Il Presidente **Olivetti.**

Il Segretario particolare **G. F. Novaro.**

Digitized by Google

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

LA PROSOPLEGIA UNILATERALE

pel Dott. ALBERTOTTI

Medico ordinario del R. Manicomio di Torino

Non è gran tempo che le alterazioni del sistema nervoso, a preferenza di quelle interessanti gli altri sistemi, si imposero per la loro immensa importanza allo studio, ed all'osservazione dei pratici, per cui la scienza già si arricchì di applicazioni molto utili tanto alla Fisiologia, come alla Terapeutica.

Moltissimi fenomeni però restano ancora allo stato di insoluti problemi, che perciò richiedono di non doversi trascurare di mettere in evidenza qualunque fatto, che potrebbe, per la sua specialità, gettare in campo nuovi materiali necessarii al progresso di tali indagini.

Non ultima pertanto fra queste alterazioni è certamente la paralisi unilaterale più o meno completa del facciale, che nei suoi dettagli non raggiunse ancora presso tutti i pratici una spiegazione uniforme, che valga a formare la base di induzioni sicure per lo scoprimento di ogni vero, che riguarda quest'anomalia organica.

Diffatti sono ben note le discrepanze dei clinici nel determinare le ragioni anatomo-patologiche, per cui la direzione dell'ugola, quasi sempre alterata nella

Digitized by Google

paralisi unilaterale centrica, e periferica del settimo ora inclini dal lato sano, ed ora dal lato ammalato.

La maggior parte degli scrittori, come il Cruvellier Hirtl, Hein, Duvain, Lequie, ed anche lo stesso Niemejer, ammettono senz'altro, che l'ugola inclini sempre dal lato sano. Il Trousseau poi non accenna nemmeno, che possa darsi il caso contrario, attesochè nella paralisi del settimo sarebbero implicati i muscoli raccorciatori dell'ugola innervati dai nervi palatini discendenti, che provengono dal grande petroso superficiale dopo di aver traversato il ganglio sfenopalatino senza contrarvi alcuna unione. Il Ramberg invece, che dalla deviazione dell'ugola cerca di ricavare una parte di diagnosi differenziale fra le paralisi periferiche e centrali, riferisce più casi in cui l'ugola devia decisamente verso il lato ammalato, ed anzi il Molescott per sua propria esperienza appoggia quest'opinione.

Quindi è, che essendosi offerta l'occasione di osservare più casi di paresi facciali aventi origine, e corso diverso, accompagnate talvolta da sintomi opposti, credetti non inutile riferirli più o meno dettagliatamente a seconda della loro maggiore o minore importanza, per stabilire alcuni confronti fra di loro e discuterne poscia in breve l'elemento causale delle diverse modalità sintomatiche.

1° Boc..... L..... in età d'anni 35, di alta statura, sub-microcefalo, avente una circonferenza di 530^{mm}., ed indice di 88 con predisposizione alla pazzia dal lato materno, mostrò fin da giovane un carattere malfermo, ed inclinato all'eccentricità, cambiando più volte di collegio e più volte l'indirizzo dei suoi studi, e delle sue applicazioni, sinchè reso insopportabile in famiglia per essere continuamente in preda allo stra-

Digitized by Google

vizio, e dato anche a rubacchiare ciò, che gli capitava fra le mani, venne sollecitato dal padre ad arruolarsi in un reggimento di cavalleria. Qui non ismentì le sue ordinarie tendenze e qui pure, oltre l'abuso dei liquori, si diede a rubacchiare e vendere gli effetti di corredo militare, per cui dovette essere condannato alla reclusione militare, uscendone poi riformato per pazzia.

Ritornato alla vita civile, si diede ad ogni sorta di mestieri, ma più particolarmente a scroccare denari or dall'uno ed or dall'altro, e ne trasse ben presto un giusto premio col guadagnarsi un alloggio gratuito in gattabuia, ma poi ne uscì per lo stesso motivo, per cui usciva dalla reclusione militare, cioè per essere stato dichiarato pazzo, e quindi traslocato al Manicomio nello scorcio dell'anno 1868, dove venne constatato essere affetto da lipemania remittente, come risulta dai registri nosologici compilati mensilmente in quell'anno dall'illustre professore Bonacossa.

Il B. dopo trascorsi alcuni mesi di degenza in questo asilo ne uscì migliorato sotto la responsabilità di un suo fratello per passare al servizio di una signora, da cui dovette pure allontanarsi per nuove stramberie. Nell'anno 1870 finalmente mentre intraprendeva ogni sorta di mestieri, senza mai fissarsi in alcuno di essi, studiava però sempre ogni mezzo per avere denari da gozzovigliare alle spalle altrui, e vi riuscì facendosi credere, presso un negoziante, come un valente commesso viaggiatore. Ottenuta pertanto da questo commerciante una discreta somma di danaro la sciupò in breve tempo girando di qua e di là, e trovossi per ultima stazione nell'isola di Capri, ove dato fondo all'ultimo centellino in un albergo, e reso mezzo brillo dalle consuete libazioni, si esplose, due ore dopo il pranzo,

Digitized by Google

un colpo di rivoltella nell'orecchio destro, che lo stramazzò a terra.

Raccolto da pietosa mano in così misero stato, venne sottoposto ad opportuna cura, con cui acquistava una discreta salute, se si eccettua la sordità, ed un leggiero scolo purolento dal lato offeso, e così riprese la sua vita avventuriera, ed instabile occupandosi ora di musica, ed ora di pittura o di tintoria. In quest'ultima qualità, mentre si trovava in Vercelli già alquanto malaticcio, venne a Torino sul principio del gennaio 1876, ove, sia che già colà in Vercelli si fosse iniziato un nuovo accesso di pazzia, sia che un nuovo abuso di vino e liquori gli avesse cagionato un'abolizione totale della ragione, il fatto è, che un bel mattino si trovò seminudo in mezzo di una contrada fra i rigori di un intenso freddo, per cui venne raccolto dagli agenti di P. S. e quindi dopo 24 ore di degenza nelle camere della questura, traslocato in questo Manicomio.

Nei primi giorni del suo arrivo è leggermente costipato, ma non ha febbre, ha discreto appetito, versa in un delirio orgoglioso, ma tranquillo, dice, che nella notte vede globi di fuoco, e che gli parlano di astronomia nelle orecchie; lamenta dolor di capo, ed è molto iniettato in viso, dice, che quando è colpito da forte cefalalgia perde subito coscienza di sè stesso, così, che fattagli parola delle circostanze, per cui fu tratto in questo Manicomio, nulla rammenta, come non rammenta le circostanze che accompagnavano l'atto del tentato suicidio, dicendo ricordarsi solo, che mentre si trovava a letto per tale disgrazia, gli raccontavano che aveva gettato via molto sangue dalla bocca cadendo a terra per la riportata ferita.

Passando poi ad una rassegna particolare, la di lui fisionomia, che subito a prima vista lasciava scorgere

Digitized by Google

una condizione disarmonica, si osservò tosto la paralisi dell'orbicollare destro della palpebra, che lasciava allo scoperto il globo dell'occhio, scolo delle lacrime sulla guancia, l'abbassamento dell'angolo delle labbra, flacidezza ed incipiente emaciazione della guancia, ravvicinamento della pinna nasale al setto, e scolo di saliva dallo stesso lato destro. L'ammalato non poteva zuffolare, nè chiudere perfettamente le labbra, nè pronunziare distintamente alcune lettere labbiali, e sia nel riso, come nel pianto, ed in qualunque altro atteggiamento in cui fosse necessario porre in azione il mobile velo delle labbra, si vedeva tosto stirarsi all'infuori il loro angolo sinistro. L'esame interno della bocca faceva rilevare l'amigdala destra più rossa e più gonfia, come faceva pure rilevare l'inclinazione dell'ugola e della punta della lingua a destra.

La sensibilità tattile d'ambi i lati della faccia non presentava differenza fra l'uno e l'altro, ma l'ammalato, che, all'infuori del suo monodelirio orgoglioso, era capace di potere riferire assai bene le sensazioni straordinarie del suo proprio individuo, asseriva sembrargli che la narice destra fosse più pervia al passaggio dell'aria, e più asciutta, e meno sensibile agli odori, e che masticando il cibo, oltre di sentire quasi un gusto metallico, non poteva se non coll'aiuto delle mani farlo passare da destra a sinistra, ovvero sulla base della lingua per inghiottirlo. Esaminata poi la base della lingua con sostanze amare, quanto la punta con sostanze dolci, e saline, il malato non rilevò mai verun gusto dal lato destro, mentre distingueva perfettamente detti gusti sul lato sinistro, e tanto da una parte come dall'altra aveva una giusta sensazione tattile e della temperatura dei corpi, che vi si mettevano a contatto.

Digitized by Google

Di fronte a questi fenomeni, che bastavano a iosa per dimostrare una paralisi periferica del settimo per causa traumatica (1), non vi era pure dubbio, che non fosse anche per lo meno ridestata a maggior intensità da causa reumatica, a cui teneva dietro sia il maggior rossore, e gonfiezza dell'amigdala, il turgore congiuntivale dell'occhio, l'epifora aumentata, l'accresciuto spurgo dell'orecchio, ecc.

Quest' esacerbazione dell' antica lesione sparì ben tosto con mezzi semplici, e poscia coll'elettricità indotta tentai di eccitare ripetutamente in più sedute, l'attività muscolare, sotto forma, per così dire, di una ginnastica, che valesse anche a riattivare la nutrizione. Il malato vi si prestò molto volentieri; malgrado però una notevole intensità elettrica, ben leggiere riescivano le scosse paragonandole con quelle, che si sviluppavano agendo sul lato sano, e così potei verificare quanto aveva osservato il Duchenne, e che quindi venne confermato dalle esperienze di Vulpian, cioè, che quando la paralisi dipende da lesione periferica del facciale, l'azione elettrica sui muscoli innervati dal medesimo non si fa sentire punto, o per lo meno molto lievemente, mentre avviene l'opposto quando si tratta di paralisi facciale, che ha il suo punto di partenza da una lesione centrica dell'encefalo, nel qual caso taluni ammettono perfino aumentata l'attività nervo-muscolare sotto l'azione elettrica più, che nello stato sano.

(1) Avendo interrogato a più riprese, ed in più modi l'ammalato per sapere quale fosse lo stato della guancia destra in seguito a trauma subito potei solo apprendere in modo generico, che da questo lato stentava alquanto a movere il bolo, e che non poteva più parlare così bene come per lo passato, e che dopo tre mesi di cura tosto dopo la ferita, non potè mai più ottenere un miglioramento negli accennati disturbi per quanti medici abbia consultati.

Digitized by Google

Sebbene poi colle ripetute applicazioni elettriche ben poco risultato siasi ottenuto sulla paralisi, tuttavia il malato, trovandosi allo stato ordinario, in cui viveva prima del suo reingresso in questa casa, perchè era cessato il mal di capo, nè più colavano molte lacrime dalle guancie, nè più sentiva alcuna molestia nell'occhio, sebbene fosse pur sempre imperfetta la chiusura delle palpebre, ecc., non badò più, che tanto alla persistente paresi facciale: d'altronde essendo scomparso il delirio orgoglioso lavorava ora in pittura, ed ora faceva il sarto fino verso il fine di maggio successivo.

A quest'epoca, considerando già alquanto stabile il miglioramento della pazzia si lasciò uscire a diporto, e per qualche commissione in compagnia di un assistente infermiere, da cui se ne allontanò, e più non comparve al Manicomio. Mi spiacque, che dopo un dato tempo, ed anche attualmente, malgrado ogni ricerca non abbia potuto rivederlo, nè sapere dove si trova per sottoporlo ad un nuovo esame.

2° S...a in età d'anni 50, minusiere, celibe, entrato in questo Manicomio nel luglio 1876 per lip... con tentativi di suicidio per mezzo di ferimento con un vetro, e per annegamento raggiunse ben presto un notevole miglioramento, obbligandolo a nutrirsi a viva forza, giacchè in seguito ad una lunga volontaria astinenza, trovavasi in uno stato di sommo deperimento. Trascorsi molti mesi in questo stato di salute piuttosto lodevole rientrando pienamente in coscienza di sè stesso venne colpito sul principio dell'autunno 1877 da paralisi facciale destra per causa reumatica. I sintomi si riassumevano nell'impossibilità della chiusura delle palpebre nella deviazione dell'ugola e della punta della lingua a destra, nell'incapacità a tratte-

Digitized by Google

nere la saliva in bocca dallo stesso lato, specialmente parlando, nella facile stanchezza masticando a destra senza che vi fosse una vera incapacità a movere il bolo sulla lingua da questo lato. Un dolore ottuso alla regione mastoidea, ed un battito nell'interno dell'orecchio, che si rendeva molto molesto, l'arrossamento della guancia quasi gonfia per cui anche dopo di aver tentati varii mezzi di cura non fu possibile sottoporre l'ammalato all'azione dell'elettrico, nè come curativo, nè diagnostico. Trascorso il periodo irritativo e congestizio della cute, la sensibilità cutanea era uguale da ambi i lati della faccia. Con una cura locale poi per mezzo di iniezioni sottocutanee di solfato di stricnina, vescicanti, ecc..... scomparve la maggior parte dei sintomi, rimanendovi solo un'imperfetta chiusura delle palpebre, una lievissima deviazione dell'ugola, ed una facile stanchezza masticando dal lato destro, così che il ricoverato malgrado questi disturbi di poco momento, attende discretamente bene ai lavori di minusieria nel laboratorio della casa.

3° M....o, d'anni 45, operaio, ammogliato già da più anni, ricoverato in questo Manicomio per emiplegia destra, a cui tenne dietro l'assoluta impotenza virile, l'alalia per incoordinazione motrice della lingua, parziale scolo della saliva dall'angolo destro della bocca, e finalmente la frenosi paralitica interrotta da accessi di agitazione, e di spinte pericolosissime, presentava pure come nei due primi casi la deviazione dell'ugola, e della punta della lingua a destra, ma non si scorgono altri sintomi di coesistente paralisi facciale, che un sensibile abbassamento del detto angolo della bocca.

Quest'ammalato sottoposto ad un esame in rapporto alla forza muscolare col dinamometro Iest, co-

Digitized by Google

strutto sugli stessi principii di quella del Regnier, dà per risultato:

Colla pressione di ambe le mani . . . 34
» » della mano destra . . 10
» » » » sinistra . 22
Colla trazione di ambe le mani . . . 70

4° P.... d'anni 37, fabbro-ferraio, già coreico, quindi epilettico, e finalmente maniaco furioso per labe ereditaria dal lato paterno, entrò in questo Manicomio nel gennaio 1875, ove, dopo subìti varii accessi epilettici, seguìti per lo più da accessi di agitazione furibonda sotto il fascino di orribili allucinazioni, venne, or saranno 15 mesi circa, colpito da emiplegia destra seguìta da rigidità muscolare delle membra corrispondenti. In questo stato emiplegico si constatò pure la paresi del buccinatore, dell'elevatore del labbro superiore, ecc., per cui, anche attualmente havvi sempre un po' di scolo della saliva da questo lato; ma vi si nota anche un sensibile grado di glossoplegia con deviazione della punta della lingua a destra, e dell'ugola a sinistra, come pure risalta la facile stanchezza e difficoltà nel masticare, e movere il bollo da destra a sinistra.

Dinamometria

Con ambe le mani . impossibile
Colla destra . . . 1 } trazione impossibile
Colla sinistra . . . 19 }

5° L. C.....be, giovane sposa che impazzì verso il terzo o quarto mese di puerperio, per cui venne ricoverata in questa casa nel mese di giugno 1877, fu colpita per causa reumatica nel successivo mese di agosto da paralisi facciale a sinistra con deviazione dell'ugola a destra, ma con mezzi semplicis-

Digitized by Google

simi si risolvette la maggior parte dei sintomi più comuni di questa lesione, sussistendo per qualche mese ancora un leggiero grado di detta deviazione, ed un facile formicolìo alla guancia sinistra per poco si comprimesse colle mani, ma attualmente ogni cosa ritornò allo stato normale.

6° N..... d'anni 48, di professione tessitore, traslocato dalle carceri di Torino in questo Manicomio nella primavera dello scorso anno per frenosi paralitica progressiva, è colpito sul finire del febbraio 1878 da leggiero grado di emiplegia destra.

Un lieve abbassamento dell'angolo destro della bocca, e scolo della saliva segnano i disturbi esterni della motricità facciale destra.

La lingua allungata fuori delle labbra è però alquanto deviata a destra colla punta, ma il fatto più importante si è un marcatissimo allungamento dell'ugola senza alcuna deviazione nè a destra, nè a sinistra, il quale impedisce particolarmente l'introduzione e la deglutizione dei liquidi nella faringe, al punto che, mangiando la minestra, è sempre minacciato da soffocazione.

Dinamometria

Con ambe le mani	21
Colla mano destra	7
Colla mano sinistra	11

7° Un giovane quindicenne, allievo operaio in qualità di sarto nell'Istituto di S. Francesco di Sales, già da tre o quattro anni va affetto da sensibile grado di emiplegia sinistra con incipiente atrofia, e retrazione muscolare particolarmente della regione sottoorbitale, per cui l'angolo della bocca resta stirato dallo stesso lato emiplegico, il quale inoltre presenta

Digitized by Google

rughe a curve concentriche, mentre l'ala della narice sinistra è maggiormente avvicinata al setto che non la destra, e l'ugola si trova in direzione normale. L'esercizio delle funzioni motrici è molto più faticoso nel lato sinistro del corpo, come anche molto più ottusa la sensibilità tattile della cute, come della mucosa linguale da questa parte, verso cui inclina la punta della lingua, che presenta anche un grado minore di sensibilità specifica da questo lato.

Dinamometria

Pressione con ambe le mani	15
Colla mano destra	10
» sinistra . . .	7
Trazione	50

8° Finalmente in un capo camerata di questo Ospizio, dotato di ottima costituzione, osservai la deviazione dell'ugola a sinistra, che sussiste già da lungo tempo senza alcuna traccia di lesione nel settimo pajo, e che dall'anamnesi ricavata dal medesimo, pare consecutiva a grave angina tonsillare sofferta, or sono venti e più anni, che poi si rinnovò a più riprese.

Abbiamo dunque sette paralisi facciali unilaterali, in parte semplici, in parte complicate da emiplegia, più o meno pronunziate, delle quali cinque presentano un'alterata direzione dell'ugola. Tre di queste (B. M. S.) poi coesistono ad eguale deviazione della punta della lingua dallo stesso lato, che è pur quello del lato paralitico, una quarta (Pozz.) coesiste con opposta direzione della punta della lingua, la quale (punta) verge come le altre dal lato paralitico, la quinta (Comb.) sussiste senza alterata direzione della lingua, nel qual caso l'ugola va all'opposto lato della paralisi, come si osserva nel quarto caso. Nei due ul-

Digitized by Google

timi casi poi di paralisi facciale l'uno presenta solamente un prolasso dell'ugola nella direzione normale con deviazione della punta della lingua dal lato semiparalitico destro, l'altro offre la deviazione linguale dal lato atrofico paralitico sinistro senza anomalia alcuna dell'ugola.

Constatati pertanto questi fatti non sembra ora inopportuno far rilevare, che avuto riguardo ai fattori eziologici di tutte queste paralisi unilaterali, nelle quali si osserva l'alterata direzione dell'ugola, questa anomalia può aver luogo indipendentemente dalla causa produttrice della prosoplegia, dalla forma che questa possa assumere, e dalle complicanze che l'accompagnano. Quindi è, che l'alterata direzione dell'ugola non vale certamente come criterio apprezzabile, su cui fondare una diagnosi differenziale, per stabilire che quando si trova quest'anomalia nella paralisi facciale debbasi ritenere la lesione del settimo avvenuta nel condotto falloppiano, come vorrebbe il Romberg, piuttosto che alla base del cranio, od alla faccia, ovvero nel centro stesso dell'encefalo.

In quanto poi alla questione che si raggira intorno a qual lato più preferibilmente l'ugola inclini, ovvero intorno alla causa, che la rende inalterata nella prosoplegia unilaterale non v'ha dubbio, che da questi casi si rileverebbe essere più frequenti, che l'ugola inclini dal lato sano.

Questo fatto poi potrebbe benissimo spiegarsi osservando, che in dette paralisi essendo resi inerti i muscoli elevatori dell'ugola (peri-stafilino interno, ed azigos) innervati dal settimo, restando attivo il tensore dell'ugola (peri-stafilino esterno) innervato da un ramo della porzione motrice del quinto, ne viene, che questo muscolo, non più controbilanciato dai primi, deve ne-

Digitized by Google

cessariamente trarre l'ugola dal lato ammalato. Se però non raro succede pure il fatto di vedere l'ugola inclinata verso il lato sano, pare che ciò possa avere una spiegazioue plausibile dal riflettere, che sovente nelle prosoplegie unilaterali esistendo molto stentata e lenta la masticazione, alla quale funzione concorrono i muscoli pterigoidei, e temporali innervati dalla porzione motrice del trigemino, nulla osta il supporre che la facile stanchezza di questa parte sia l'effetto di leggera paresi dei nervi di detta porzione motrice del quinto, la quale paralisi si estenderebbe anche al nervo, da cui resta innervato il tensore dell'ugola, che necessariamente verrebbe tirata verso il lato sano. Anzi il vedere, come nel caso quarto (Pozzolo) la masticazione resta quasi impossibile, appoggerebbe appunto l'ipotesi di una paresi anche del muscolo peri stafilino esterno, per cui l'inclinazione dell'ugola trovasi in questo caso rivolta verso il lato sano, mentre la punta della lingua si inclina verso il lato emiplegico.

Il trovarsi tuttavia, sebben di rado, nelle prosoplegie il semplice prolasso dell'ugola senza alcuna deviazione, ovvero anche, l'assenza di ogni alterazione, come nel settimo caso (Copass.) compreso il fatto dell'alterata direzione dell'ugola, quale effetto di un ascesso svoltosi nel velopendolo senza alcuna lesione nervosa di indole paralitica, ben dimostra quanto giustamente la maggior parte degli autori riconoscono la grande difficoltà nel dare una spiegazione plausibile di simili contingenze.

Dalle surriferite narrazioni di prosoplegia, tanto di origine periferica, quanto di origine centrica particolarmente, è pur lecito confermare l'antica osservazione cioè che quasi sempre la punta della lingua si rivolge

Digitized by Google

al lato paralitico, quanto più questa si spinge fuori delle labbra, del quale fenomeno sembra molto accettabile la ragione data dallo Schiff, concordemente all'idea già emessa dall'americano Herscha, che dalla manchevole sinergia dei muscoli, genioglossi nei due lati non controbilanciati l'uno da quell'altro, che è paralizzato, fa chiaramente derivare lo sviamento della lingua verso la parte di quest'ultimo.

Inoltre se si riflette che li tre casi di glossoplegia si manifestano tutti dal lato destro consociati pure a disturbi strumentali della favella, ben si potrebbe dedurre un argomento non affatto privo d'interesse a favore di coloro, che vorrebbero localizzare l'afasia nelle alterazioni organiche dell'emisfero sinistro, e più particolarmente nel lobo anteriore, della quale ipotesi venne a lungo discusso nell'ultimo congresso freniatrico tenuto ad Aversa nello scorso autunno. Ma in allora mal si spiegherebbe l'opposto fatto (Capass.), in cui la punta della lingua è diretta a sinistra come a sinistra si verifica l'emiplegia, ma anche questo fatto per nulla contradirebbe alle illazioni dedotte dai primi, perchè oltre l'impercettibile lesione afasica notasi che la deviazione della punta della lingua è l'effetto di una retrazione delle fibre muscolari del lato sinistro dell'organo in discorso consecutiva ad atrofia, come si osserva appunto nella retrazione di tutti i muscoli della faccia già pur essi resi tali piuttosto dall'atrofia della fibbra muscolare, che non dalla paralisi dell'innervazione del muscolo genioglosso; e che ciò possa avere un certo grado di probabilità è lecito persuadersi dall'osservare, che essendo affatto illese le facoltà intellettive, mentre già pur tendono all'atrofia tutte le parti laterali sinistre del corpo, debbasi ritenere, che

Digitized by Google

la malattia abbia avuto principio più particolarmente nel sistema muscolare a cui in seguito siasi unita l'alterazione nervosa periferica.

NOTE CLINICHE

(Continuazione alla pag. 372, num. 12)

Non ci fermiano a dire del massimo grado del cretinismo, degenerazione che, riducendo l'uomo quasi alla sola vita organica, non ammette modificazioni mediante cura, e si può solo sperare di scemarne la frequenza col mezzo della profilassi fondata sulla conoscenza delle cause, e sull' applicazione delle leggi dell'igiene pubblica e privata.

L'eziologia del cretinismo si debbe ricercare oltre all'ereditarietà nelle condizioni cosmo-telluriche delle regioni infette. In quanto alla disposizione gentilizia, pare che il cretinismo si trasmetta più dal padre che dalla madre.

Le circostanze esterne, il genere di vita, l' educazione e gli esercizi corporei trascurati favoriscono lo sviluppo del cretinismo.

Talvolta il bambino, nascendo, porta già i segni organici del cretinismo; testa grossa, fontanelle dilatate, capigliatura folta e ruvida, forme del corpo grossolane. Ma il più spesso, nascendo, i bambini paiono sani, ma dopo tre, quattro, sei mesi e più, il cretinismo si manifesta con segni fisici e psichici; la testa grossa e pesante è lasciata cadere sulle spalle, l'occhio è senza espressione, il bimbo non fissa l' attenzione sugli oggetti esterni, ode poco o nulla, non può

Digitized by Google

stare in piedi, piange raramente, mangia con avidità, diventa pingue senza vigore e senza intelligenza. Col crescere dell'età crescono i caratteri cretinici già accennati. La pubertà si stabilisce tardi, e talora per atrofia degli organi genitali non compare mai completa. La menstruazione nelle cretine fa sovente difetto.

Il sesso non influisce notevolmente sullo sviluppo del cretinismo, trovandosi desso nei luoghi infetti in proporzioni presso che uguali nei maschi e nelle femmine.

L'elevatezza del suolo, l'insolazione e la condizione sociale, sebbene non indifferenti, non influiscono però essenzialmente nella genesi del cretinismo, ma piuttosto la direzione delle valli e la natura del suolo e delle acque.

Il cretinismo si può riscontrare in molti luoghi, ma occorre più frequente nelle grandi catene delle montagne; in Europa, nelle Alpi; in Asia, nell'Imalaia e al Tibet; nell'America Meridionale, alle Cordigliere.

I paesi d'Europa i più infetti sono la Moriana, certe valli del Circondario d'Aosta, varie regioni della Svizzera, come i Cantoni di Vaud, dei Grigioni, Urì, il Vallese, l'Argovia; più all'est, il Salisborgo, la Stiria, il Tirolo, la Carinzia, l'Austria Superiore; in seguito vengono i Pirenei, le montagne dell'Alvergna e qualche località della valle del Reno, le vicinanze di Strasborgo, che sono sovente inondate, ma dove si dice che ora sia in diminuzione, in certe contrade del Wurtemberg e di Baden, ecc. Griesinger.

Nei paesi paludosi si vedono insieme a febbri periodiche gravi con gonfiezza della milza, e delle parotidi, ed abito cachettico, broncoceli talora di forma acuta ed il cretinismo.

Digitized by Google

La natura del suolo fu molto studiata nell'eziologia del cretinismo. In genere si venne a conoscere che il gozzo ed il cretinismo sono rari nei paesi il cui suolo è composto unicamente di pietra calcare (calcare giurassico); sono rari ancora nel suolo composto di granite e di gneiss. Sono invece frequenti nei paesi dove il terreno è formato di dolomite e d'argilla schistosa. Nel Virtemberg i paesi più colpiti sono quelli che si posano su d'un suolo composto di gres con cui stanno a contatto strati di marna donde la popolazione attinge le sue acque potabili.

Parecchi autori non assegnano alla genesi del cretinismo una causa sola, ma bensì un complesso di cause individuali ed esterne atte a far degenerare dal tipo normale dell' umanità gl'individui, e la specie stessa.

La teoria però che deriva l' eziologia del cretinismo dall'azione d'un principio miasmatico o comunque infesto, svoltosi dal terreno, trasfuso nelle acque potabili, sparso nell'atmosfera, e penetrante negli organismi per mezzo dell'alimentazione e della respirazione pare avere ora più numerosi seguaci. Secondo la stessa, tutte le altre circostanze avrebbero un' influenza secondaria. Il miasma cretinifero però differirebbe essenzialmente dal febbrigeno in quanto che la sua infezione lederebbe così profondamente gli organismi e specialmente il sistema nervoso tanto encefalico che ganglionare che i suoi effetti si trasmetterebbero in via ereditaria, all'incontro di quanto succede pel miasma delle febbri.

Ora riferiremo un caso che per la provenienza, per la forma dell'organismo e per i caratteri psichici credemmo dichiararlo semi-cretinismo.

L. A. d'Aym, circondario d'Aosta, 32 anni, celibe,

Digitized by Google

contadino; padre che fu alienato, madre sana, e quattro sorelle che si dicono sane; non ebbe istruzione di sorta, forse perchè non ne fu capace. Pare che fino all'età di 26 anni vivesse tranquillo in casa e lavorasse tal poco. Da sei anni addietro manifestò accessi di furore, non si sa se spontanei o provocati, in cui batteva le sorelle e minacciava seriamente di dar fuoco alla casa, per il che dopo molte esitanze fu condotto al Manicomio dove entrò li 27 marzo 1878. Al suo ingresso era male in arnese, sucido, coperto di insetti schifosi: bassa statura, capo con fronte bassa e stretta, appiattito alla region parietale posteriore ed all' occipite.

Craniometria.

Diametro antero posteriore	mm.	182
D. t.	»	162
Curva antero posteriore	»	320
C. t.	»	320
Circonferenza	»	550
Indice cef.	»	89
Capacità craniana	»	1544

occhi divaricati, naso schiacciato alla radice, bocca larga, fisionomia cretina, colore della pelle cachettico.

Capelli duri e folti e quasi neri, orecchie impiantate molto in basso, udito conservato, risposte tarde, lente, con balbuzie ed inintelligibili, anchè perchè fatte in dialetto a noi ignoto. La lingua è spessa, non tremola; i moti volontari, torpidi, incesso pesante, stando seduto dondola il tronco come un pendolo: sensibilità generale, ottusa, punto e pigiato si risente poco e tardi, evacuazioni involontarie: v'ha pronunciato broncocele, ma nel resto, la forma generale del tronco, delle membra, e degli organi genitali è piuttosto normale, però la mano sinistra è deformata da

Digitized by Google

vasta cicatrice aderente per lesione traumatica sofferta più anni addietro. Non manifesta nè tristezza, nè gioia, nè desiderio di sorta, perciò apatia morale, mangia e dorme regolarmente.

Nel Manicomio, mancando le occasioni, non avrà più probabilmente accessi di furore; si tenterà di eccitarlo a fare qualche lavoro, poichè lasciato a sè, è inerte anzi continuamente immobile e negletto della persona.

I segni del cretinismo sono qui limitati quasi alla forma del capo, alla fisionomia, alla torpidezza delle funzioni sensorie e motrici, non che all'intelligenza poco più che abbozzata e ridotta agli istinti, ed a pochi sentimenti egoistici, ma la forma generale del corpo, tolto il gozzo, è in gran parte normale.

Perciò esitammo a caratterizzare, il L. o semplice idiota o semi-cretino. Però l'ereditarietà paterna, e l'influenza endemica del luogo nativo c'indussero a classificarlo come semi-cretino. Le evacuazioni abitualmente involontarie invero, indicano un grave stato morboso o nativo od acquisito dell'encefalo.

PORPORATI.

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Du traitement de l'obstruction intestinale par le lavement à l'eau de selts, *par M. le Doct.* HETZ. — Tra i mezzi terapeutici adoperati nella cura dell'ostruzione intestinale havvene uno che quantunque non sia che una varietà dell'iniezione d'acqua fredda preconizzata da Isnard, merita una menzione speciale. Esso consiste nell'iniezione nell'intestino dell'acqua di seltz, col mezzo d'una sonda in caoutchouc introdotta

Digitized by Google

nel retto, e che si fa penetrare il più profondamente possibile, per avvicinarsi, il più che si può, al punto ove risiede l'ostacolo alla defecazione. Varie volte l'Autore ebbe l'occasione di servirsi di questo processo, e ne ottenne felici risultati.

Nel mese d'ottobre 1876 l'Autore fu chiamato in consulto da uno dei suoi colleghi, per un ammalato colpito d'occlusione intestinale per ostruzione.

Trattavasi d'un ammalato abitualmente stittico, che fu preso il 18 ottobre da malessere, cefalalgia e dolori addominali molto violenti.

Un purgante salino, semicupii, cataplasmi laudanizzati sul ventre vennero prescritti. Il purgante fu emesso per vomito, i clisteri amministrati non diedero che risultati negativi.

Il 20 ottobre quando l'Autore vide per la prima volta l'ammalato i dolori addominali erano dei più violenti, il ventre gonfio, molto doloroso alla palpazione: l'ammalato si lamentava continuamente, e si torceva sul suo letto di dolore. A più riprese, aveva vomitato materie biliose in assai gran quantità.

Dopo aver proceduto ad un esame serio, in presenza dell'inefficacia dei purganti, l'Autore si decise ad un processo che aveva visto in uso agli Stati Uniti d'America con molto successo, l'iniezione d'acqua di seltz.

Fu introdotta una sonda esofagea nel retto per intiero, e il tubo del sifone adattato il più esattamente possibile all'imbuto della sonda.

Allorquando l'apparecchio fu ben fisso, il sifone fu messo in comunicazione coll'intestino. Il liquido gazoso penetrò con una certa violenza e con la forza espansiva del gaz acido carbonico si determinò una dilatazione temporaria che diede i risultati i più inaspettati.

Infatti, quando la sonda fu ritirata dall'intestino, l'ammalato evacuò, con questo clistere improvvisato, un nucleo molto duro, assai voluminoso, formato di materie fecali che aveva determinato l'ostruzione intestinale.

All'esame della sonda si riconobbe che questa era stata ricurvata bruscamente alla sua estremità, come se essa avesse urtato contro l'ostacolo alla defecazione.

Digitized by Google

Nell'interno della sonda si trovava qualche particella di materie fecali molto dure, che pareva essersi distaccata dal nucleo principale.

In seguito a questa cura, venne prescritto qualche leggiero purgante, e dopo tre giorni, l'ammalato era in piedi e riprendeva il suo lavoro.

(Gaz. Médic. Hebd.).

Due casi di tetano a decorso lento. (Guarigione) (Progrès Médical) — Boudet di Parigi ed E. Monod osservarono due casi di tetano a decorso lento nelle ambulanze Rumene occorsi in due soldati feriti a Plewna; uno con vaste ferite al braccio sinistro prodotte da scheggia d'obice; l'altro con ferita contusa d'un piede prodotta da proiettile.

Quest'ultimo si trovava nella ambulanza del Dott. Hahn, medico Tedesco, il quale affermò loro che questa forma di tetano non è rara in Allemagna, e che egli stesso aveva avuto l'occasione di osservarla abbastanza soventi.

Il primo era stato ferito a Plewna il 19 ottobre. — Due vaste ferite si osservavano al braccio sinistro separate da un piccolo ponte di pelle; l'una alla faccia anteriore ed inferiore del braccio misurava 12 cent. secondo il diametro verticale su 10 cent., secondo il diametro trasversale. — L'altra che occupava la parte posteriore misurava 8 cent. su 5. I muscoli lacerati formavano in avanti ed all'indietro due masse fungose, ricoperte da detriti grigiastri sanguinanti al menomo contatto. Introducendo il dito nel fondo della ferita anteriore si sentivano parti ossee denudate, presentanti ineguaglianze rugose; non esisteva mobilità anormale; il proiettile non aveva fatto altro che rasentare l'omero.

Fu messo un tubo a drenaggio sotto il ponte che univa le due ferite; si fece la medicazione antisettica con acido fenico; ai 30 ottobre la suppurazione era abbondante, le ferite coperte ancora da detriti grigiastri, i movimenti dell'articolazione del gomito erano conservati, questa e l'avambraccio erano tumefatti. Ai 31 ottobre l'ammalato cominciava a lagnarsi d'un leggiero dolore alle articolazioni temporo-mascellari, alla sera la pelle era coperta di sudore, la temperatura 39, 6. c. Il malato immobile in

Digitized by Google

decubito dorsale, i movimenti delle articolazioni temporo-mascellari erano però liberi. Dal 1° al 3 novembre i dolori alle articolazioni temporo-mascellari erano diminuiti; il mattino del 2, dopo una notte agitata, l'ammalato era in un assopimento profondo, immobile nel decubito dorsale.

Il giorno 3 novembre sudori profusi ed insonnia; cominciava a lamentarsi di dolori disseminati nelle membra, e di qualche dolore alla nuca e lungo la colonna vertebrale, un po'meno liberi i movimenti di masticazione.

Nei giorni seguenti persistendo i dolori lungo la colonna vertebrale, si ebbe ad intervalli esacerbazione passeggiera con leggiero grado d'opistotono, una certa rigidità muscolare di tutto il corpo accompagnava il decubito orizzontale. Il corpo era continuamente in sudore, si notò un giorno una tinta sub-itterica con qualche leggiero brivido.

La rigidità muscolare scomparve poscia alquanto; persistendo però sempre la rigidità alla nuca non venne più accusato alcun dolore dall'ammalato. In una seduta col termo-cauterio si esciserо alcuni detriti grigiastri, e il ponte che univa le due ferite e se ne regolarizzò la superficie.

In seguito aumentò la rigidità dei masseteri e della nuca. Ricomparvero i dolori lungo la colonna vertebrale, poco a poco andarono diminuendo fino a che l'ammalato potè abbandonare il decubito orizzontale il 20 novembre; in questo intervallo furono fatti varii innesti epidermici, di cui uno solo attecchì. Il 21 ottobre si manifestarono nuovi sintomi di tetano, contratture dei muscoli masticatori, sudori profusi ed opistotono, fino al 2 dicembre persistettero andando però man mano diminuendo, al 10 dicembre l'ammalato era già alzato, ogni dolore e contrattura era scomparsa, appena accennata un po' di rigidità alla regione della nuca.

La cura della contrattura venne fatta con idrato di cloralio che si somministrava quasi tutti i giorni alla dose di sei grammi e una sola volta venne ordinata una pillola d'estratto tebaico, e nell'ultima ricomparsa di sintomi tetanici venne fatta una iniezione di morfina.

Il secondo soldato era stato ferito a Plewna il 23 ottobre. La

Digitized by Google

palla era entrata alla parte posteriore e interna del piede destro; era uscita alla regione esterna, dopo aver frantumato la parte posteriore del calcagno.

Quindici giorni dopo la lesione riportata, il ferito cominciò a provare difficoltà ad aprire la bocca e qualche dolore nella deglutizione. Nei giorni seguenti comparve contrattura nei masseteri; in seguito furono presi i muscoli della nuca, della colonna vertebrale, e quelli della parete addominale. La contrattura dei muscoli era però poco intensa, eccetto che negli accessi dolorosi che si ripeterono frequentemente al principio degli accidenti tetanici. La rigidità muscolare durò più di 5 settimane; durante questo periodo l'ammalato conservò sempre il decubito dorsale e non poteva muoversi che tutto d'un pezzo, i movimenti provocarono dolori; dopo cinque settimane poteva considerarsi come guarito, non avendo più che una leggiera difficoltà nell'aprire la bocca, e un po' di rigidità della parete addominale.

I due feriti di cui è riportata la storia, hanno presentato fenomeni tetanici ben chiari, tuttavia l'evoluzione della malattia differisce molto da quella che noi per lo più osserviamo. Decorso lento ed irregolare, mancanza di accessi spasmodici, benignità relativa dei sintomi, sono certamente caratteri che distinguono sufficientemente questa forma da quella comune. Nessuna opera classica non le ha tuttavia consacrato una descrizione speciale. Gli autori del Compendium si limitano a notare che esistono osservazioni nelle quali si vide il tetano durare 15 o 20 giorni. Follin nel suo trattato di patologia dice « si sono citati casi di tetano cronico, ma la natura di quest'ultimo ha ancora bisogno d'un'ampia dimostrazione ». Recentemente il sig. Richelot ha riunito in una tesi rimarchevole più osservazioni di tetano a decorso subacuto.

I fatti di questo genere sono ancora troppo poco numerosi perchè sia possibile di tracciare una storia clinica completa di questa forma di malattia. Bisogna, ad esempio, dare questo nome, come ha fatto Richelot (oss. II della sua tesi), a dei casi di tetano di cui l'evoluzione ha passato quindici giorni, oppure si deve riservare la denominazione di cronica a quei casi che durarono 5 o 6 settimane come in queste due osservazioni?

Digitized by Google

Aspettando che altri elementi nuovi vengano a somministrarci i dati necessarii ad uno studio clinico completo del tetano cronico, ammettiamo fin d'ora che la sua esistenza non potrebbe più esser contestata. Queste due osservazioni provano una volta di più che a lato della forma acuta la più comune del tetano ne esiste un'altra molto differente dalla prima nel decorso, e nella prognosi, la quale per la sua lunga durata merita il nome di cronica.

Tecnica necroscopica. — Nell'aprile del 1877, il Professore Lombroso pubblicò un prezioso lavoro in cui raccolse ed arricchì del suo quanto di meglio fu scritto in Germania e presso di noi sopra alcuni argomenti di grande importanza per il medico legista, e lo intitolò: *Trattati sulla medicina legale del cadavere* (fratelli Bocca). In questi trattati egli si limita per ora alla parte fisiologica e tecnica della tanatologia; ma ci promette un'altra pubblicazione sulla parte patologica e sulla embriologica. Noi siamo grati al chiarissimo Professore di quanto ci dà e di quanto ci promette, e frattanto compendieremo alcuni capitoli del suo libro, cominciando da quelli relativi alle autopsie.

Norme da seguirsi prima dell'autopsia. Nelle disumazioni cominciare lo scavamento a due o tre metri dal luogo ove si crede giaccia il cadavere, cospargere il terreno, ma non il feretro, di cloruro di calce, acido fenico e simili; notare la natura e le condizioni del terreno e della cassa, la posizione delle membra, gl'indumenti, le macchie del cadavere; operare senza indugi per evitare i guasti dell'aria aperta, e quando occorra precisare i caratteri esterni, ricorrere alla fotografia.

Se il cadavere è gelato, si lasci, senza più, in una camera riscaldata finchè siasi intiepidito.

Nei trasporti, come in tutti i movimenti impressi al cadavere, si evitino le forti pressioni, e le grandi cavità sieno tenute in posizione orizzontale.

Trattandosi di sole ossa, se fracide, converrà seccarle a bagnomaria; se friabili, inverniciarle con bianco di balena bollito; se rotte, incollarle con gomma arabica e carta pesta, ovvero ritrarle col gesso. Ove i visceri sieno deformati dall'essicazione o dalla

Digitized by Google

mummificazione, si tratteranno con acqua salata e fenicata. La sezione non può, di regola, farsi che dopo 24 ore dal momento della morte; la sola ispezione può farsi prima. La putrefazione non dispensa dall'autopsia, perchè anche nei cadaveri grandemente scomposti, mummificati, scheletriti, il perito potrà constatare la gravidanza; il colore e la natura dei capelli, la presenza di corpi stranieri, di veleni, la mancanza di membra e simili.

Se l'autopsia dovrà farsi, per ragioni che non ammettono dilazione, colla luce artificiale, il perito ne farà risultare nel rapporto.

Per le sezioni occorrono quattro o cinque scalpelli, dei quali due piccoli retti e due più robusti e convessi, un rasoio, due coltelli forti per le cartilagini, due pinzette, due uncini doppi, un paio di forbici robuste con una lama ottusa e l'altra acuminata, ed un altro paio più fino con una lama acuta e l'altra bottonata, un enterotomo, un tubetto con tappo girevole, una sonda grossa e due piccole, una sega, una subbia ed un mazzapicchio; un paio forbici osteotome, sei aghi curvi di varia grandezza, un compasso di Weber, un metro diviso in centimetri e millimetri cubici; una bilancia che levi fino a cinque chilogrammi, una buona lente, carte da reazione ed un microscopio con due obbiettivi di quattrocento ingrandimenti.

Pel medico legale i coltelli devono essere tre:

Uno comune da preparazione, che si tiene come una penna da scrivere, si guida con movimenti delle dita o tutto al più della mano, e serve per i tagli brevi e sottili.

Uno da sezione, la cui lama molto panciuta è lunga da 9 a 10 centimetri, e termina con punta appena sporgente. Questo coltello s'impugna col pieno della mano, si dirige con movimenti della spalla e del gomito, tenendo le articolazioni delle dita e della mano fisse, il braccio affatto libero e lontano dal tronco, e si usa nelle spaccature dei grossi visceri.

Il terzo dev'essere molto robusto, e serve per il taglio delle cartilagini, di masse muscolari e di grandi tratti della cute.

Regole per fare l'autopsia. Il perito deve sopratutto aver bene presente lo scopo giudiziario; indagare con accuratezza quanto giova al suo còmpito, e mostrare al giudice, prima di registrarlo nel protocollo, tutto che stimerà importante. Ed ove creda utile

Digitized by Google

conoscere il luogo in cui fu trovato il cadavere, la positura che esso teneva e le vesti che indossava, chiederà al Magistrato modo e tempo per ciò. Ma di regola potrà rimettersi alle indagini fatte dall'Autorità inquirente. Se occorre un esame microscopico lo fa subito; nei casi difficili si metteranno in disparte e sotto la custodia giudiziaria i pezzi da esaminare, e nella relazione si farà risultare del tempo in cui le osservazioni furono fatte.

Il perito procederà all'esame esterno od ispezione, ed all'esame interno o sezione.

Nell'esame esterno s'occuperà prima del tutto, e quindi delle parti.

Colla prima parte dell'ispezione il perito si proporrà riconoscere l'età, il sesso, la statura, la configurazione del corpo, lo stato di nutrizione, gli indizi di malattie, le anomalie speciali (cicatrici, tatuaggi, ecc.), i segni della morte e della putrefazione, le macchie di sangue, di feci o d'altro, la rigidità cadaverica, il colorito generale della pelle, la natura ed il grado dei possibili coloramenti o scoloramenti di alcune parti di essa in seguito alla putrefazione, il colore, la posizione e l'estensione delle macchie cadaveriche che inciderà per non confonderle colle ecchimosi.

L'esame sezionale comincierà dal capo e s'estenderà quindi al collo, al petto, all'addome, alla superficie dorsale, all'ano, alle parti genitali esterne ed agli arti, mettendo in chiaro il colore dei peli, dei capelli, della barba e degli occhi nei cadaveri di persone sconosciute, la possibile presenza di corpi stranieri nelle aperture naturali del capo, lo stato delle due file dei denti e la posizione e condizione della lingua.

Se si trova in qualche parte una lesione se ne noterà la forma, la posizione, la direzione, la lunghezza e la larghezza. Nelle soluzioni di continuità si descriverà la natura dei margini tanto esternamente che internamente e l'aspetto delle parti circostanti. La profondità si determinerà di regola nell'esame interno, ed ove si preferisca usare la sonda se ne daranno le ragioni nel protocollo.

Per l'esame interno s'apriranno la cavità craniana, la toracica e l'addominale ed, occorrendo, lo speco vertebrale e le giunture. Se esistono ragionevoli sospetti intorno alla causa della morte, si comincierà da quella cavità in cui si presume debbano trovarsi le

Digitized by Google

maggiori alterazioni; negli altri casi si aprirà prima il cranio, quindi il petto, e si esamineranno prima i visceri craniani, quindi i toracici ed in ultimo gli addominali.

Cavità craniana. Recisi da un orecchio all'altro i comuni tegumenti sopra i parietali, si rovesciano in avanti ed all' indietro, e poi si stacca la volta con una segatura circolare. Ciò facendo, il perito esamina con ordine le parti molli, il taglio osseo, le due facce della volta e la superficie esterna della dura madre. Quindi s'apre il seno longitudinale, e spaccata ai due lati la dura madre, la si ripiega all'indietro; ed il perito descrive il contenuto del seno, la faccia interna della dura meninge e la parte della pia madre che si rende visibile. Ciò fatto s'estrae il cervello e si bada se vi sono raccolte umorali alla base della cavità, e se la meninge, le grosse arterie, il seno trasverso ed, occorrendo, anche gli altri, presentino alterazioni notevoli.

In quanto al cervello se ne determina la forma e la grandezza, e quindi con una serie di tagli regolari si esaminano le singole sue parti, non ommessa la tela coroidea, notando il colore, la pienezza dei vasi, la consistenza e la struttura di ciascuna, non che le neoformazioni, il contenuto dei seni e dei ventricoli, l' ampiezza di questi ultimi, gli stravasi, lo stato dei plessi venosi, e per ultimo la condizione delle ossa della base e dei lati della cavità, spogliati della dura madre.

I tagli della sostanza cerebrale non devono mai prolungarsi fino alla completa separazione delle parti, onde potere all'uopo ricomporre il viscere e stabilire un riscontro posteriore sulla sede e sui rapporti delle alterazioni. Questi tagli dovranno, per ciò che spetta agli emisferi, essere diretti dall'interno all'esterno, e si dà per regola che ogni taglio successivo parta dalla metà della superficie del taglio che si ha sott'occhio — la pia madre servirà di legame. Per ciò che riflette i talami ottici ed i corpi striati, nei quali manca quasi affatto la pia meninge, le spaccature dovranno essere raggiate ed avere tutte per punto di partenza il peduncolo cerebrale.

L'esame del cervello deve cominciare dal ventricolo laterale, che si raggiungerà con un taglio perpendicolare fatto ad un millimetro di distanza dal rafe del corpo calloso, e si scoprirà con

Digitized by Google

tagli orizzontali. S'afferra quindi il setto divisorio colla mano sinistra immediatamente all'indietro del foro di Monro, e si fa scorrere il coltello per questo foro, tagliando obliquamente in alto ed in avanti il corpo calloso. Fatto in seguito passare dal dinanzi il manico dello scalpello al dissotto della tela coroidea, la si allontana dalla ghiandola pineale e dalle eminenze quadrigemelle, e s'ha così aperto davanti a sè il terzo ventricolo. Finalmente si spaccano con un lungo taglio obliquo le eminenze quadrigemine ed il cervelletto, e si arriva all'acquedotto del Silvio e nel quarto ventricolo. I tagli vogliono essere netti.

Volto, parotide e organo uditivo. Per esaminare queste parti si prolunga di regola il taglio praticato sul capo all'indietro delle orecchie fino al collo, e quindi si disseca la pelle in avanti. In queste ricerche importa molto badare ai grossi vasi.

Colonna vertebrale e midollo spinale. Incisa la pelle ed il tessuto connettivo sopra le apofisi spinose, e dissecati i muscoli, si segano gli archi vertebrali col rachiotomo, badando se vi sono stravasi sanguigni, lacerazioni, fratture.

Esaminata quindi esternamente la dura madre, la si spacca longitudinalmente e si notano i possibili versamenti, il colorito e le altre particolarità della parte posteriore della pia madre e la resistenza al tatto del midollo spinale.

Dopo ciò, si recidono da ambi i lati con un taglio longitudinale le radici dei nervi, e sollevato il midollo spinale per il suo capo inferiore, lo si libera poco a poco dalle sue aderenze anteriori, e, tagliata l'estremità superiore, lo si estrae. Si esamina subito lo stato della porzione anteriore della pia madre, quindi la grossezza ed il colore del midollo, e finalmente la struttura interna tanto dei cordoni bianchi, quanto della sostanza grigia. Staccata per ultimo la dura madre dai corpi vertebrali, si cercherà se vi sono stravasi od alterazioni delle ossa o dei dischi intervertebrali.

L'esame interno del midollo lo si fa con una lunga serie di tagli trasversali, che sulla faccia anteriore o posteriore (a seconda della superficie in cui si è cominciato il taglio) lascino ancora intatta la pia madre.

(*Continua*).

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 18ª settimana dal 28 aprile al 4 maggio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	3	4	7	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	2	7	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	1	1	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	1	»	1	» nervose	1	1	2
Difterite e croup	3	2	5	» ematiche	»	»	»
Coclussie	1	2	3	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	»	3	3
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	1	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.ᵉ e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	7	4	11	TOTALE	66	62	128
» migliare	»	1	1				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	7	10	17
Malattie chirurgiche e traumatiche	»	»	»				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 18ª settim.ᵃ	73	72	145
Malattie dell'appar.° respiratorio	19	16	35	» nelle settim.ᵉ precedenti	1427	1467	2894
» dell'apparato dell'alimentazione	8	9	17				
» dell'app.ᶜ cardio-vasale	2	3	5	TOTALE complessivo	1500	1539	3039
» del sistema nervoso	18	6	24				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	1	»	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1304	1365	2669
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 18ª settimana	74	63	137	2	2	4
Nelle precedenti	1153	1082	2235	112	73	185
TOTALE COMPLESSIVO	1227	1145	2372	114	75	189

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta delli 10 *maggio* 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Perosino, Peyrani, Arena, Borsarelli, Reymond, Perotti, Gamba e Berruti.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente seduta il ff. Segretario legge l'elenco delle presentazioni fatte all'Accademia:

Bufalini *Dott.* G. — *Sull'ascesso traumatico del fegato.* Firenze, 1878 (Estratto dallo *Sperimentale*).

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino*, N. 17. Torino, 1878.

Taruffi *Prof.* Cesare — *Della microsomia.* Bologna, 1878 (Estratto dalla *Rivista clinica di Bologna*).

Quindi il **Presidente** legge una lettera diretta all'Accademia dalla Presidenza della Commissione per le feste che stanno per farsi a Liegi in onore di Schwan, con invito a prendervi parte.

Il Socio **Perosino**, osservando che Schwan fu il fondatore della Istologia, crede che l'Accademia debba ringraziare del grazioso invito ricevuto e farsi rappresentare alle solenni feste di Liegi. Il **Presidente** avverte che si risponderà alla lettera ricevuta, in modo conveniente al caso.

In seguito il Socio **Arena** presenta un soldato bersagliere sul quale si osserva una trasposizione completa di visceri. Il Presidente che già lo ha esaminato dà su di esso alcune prime

Digitized by Google

informazioni, notando in modo particolare la disposizione del testicolo destro che, contro ciò che ordinariamente succede, discende più in basso del sinistro. Poi il Socio Arena appoggiandosi a questo fatto si fa ad osservare che secondo l'articolo 63 dell'Elenco *B* delle imperfezioni fisiche e delle infermità che dànno luogo alla riforma degli inscritti innanzi ai Consigli di leva e nelle rassegne speciali, la *compiuta trasposizione congenita del cuore* è compresa tra le fisiche imperfezioni che dànno motivo a riforma. Il bersagliere da esso presentato all'Accademia non fu riformato quando si presentò al Consiglio di leva probabilmente perchè essendo sano e robusto non fece richiamo alcuno per la propria disposizione viscerale ch'esso ignorava e perchè i medici che lo visitarono non ebbero alcuna ragione di particolari indagini su di esso. È stato per accidentalità che si riconobbe in questo bersagliere la perfetta ectopia cardiaca, e solo quando egli dovette ricorrere allo Spedale per altro fatto. Esso è giovane dotato di buonissime condizioni generali di salute: ha 27 mesi di servizio, ed in tutto questo periodo di tempo non si è mai lagnato di male alcuno. Si è informato il Ministero della Guerra di questo caso ed esso ha ordinato di inviarlo a Roma per ivi assoggettarlo ad opportuna visita. Da questo fatto il Socio Arena ricava che la compiuta trasposizione del cuore non può più essere considerata come ragione di riforma potendosi conciliare con buona salute e forza.

Soggiunge poi che nel presentato soggetto il fegato si trova a sinistra, la milza a destra, l'arteria aorta sul davanti della colonna vertebrale e che persino il testicolo destro, come avvertì il Presidente che lo esaminava, discende più basso del sinistro. Alla interrogazione del Presidente se il soldato in causa possa attualmente chiedere ed ottenere la riforma, risponde che ciò non è più possibile, giacchè le imperfezioni od infermità che dànno luogo alla riforma degli inscritti davanti ai Consigli di leva non sono le stesse che motivano la riforma dei militari nelle rassegne di rimando. Quella condizione di cose che dà diritto a riforma prima che un inscritto sia incorporato nella milizia, non ha più la stessa forza quando l'inscritto sia divenuto soldato effettivo.

Digitized by Google

Il Socio **Perosino** osserva che il fatto esposto dal Socio Arena dev'essere considerato dall'Accademia come un caso che interessa la scienza più che un caso che interessi un soldato in questione di riforma. L'Accademia deve accogliere le osservazioni del Socio Arena, ma deve ritenere che non ha potuto verificare per indagini proprie e sicure le trasposizioni dallo stesso Dottore Arena accennate e che per conseguenza non può emettere un giudizio su di esse. Loda l'intenzione del Socio Arena e lo ringrazia della presentazione fatta, essendo rari e sempre interessanti i casi di questo genere, ma crede che l'Accademia non potrebbe pronunciare su questo caso un giudizio esatto senza procedere per mezzo di una Commissione ad un minuto esame.

Il Socio **Peyrani** avverte non sembrargli che il Socio Arena cerchi l'appoggio dell'Accademia per dar valore speciale a quelle osservazioni che ha fatto sulle condizioni anatomiche del bersagliere presentato. Egli opina che l'Accademia debba semplicemente prendere atto della presentazione fatta e ringraziarne il Socio Arena.

Arena conviene pienamente coi preopinanti: esso non ha voluto che esporre fatti; non ha mai pensato a chiedere un voto all'Accademia; gli basta aver fatto osservare che una completa trasposizione viscerale è conciliabile colle fatiche del servizio militare.

Perosino aggiunge ancora che un caso di trasposizione generale di visceri si vede nel Museo di Pavia, bellamente preparato dallo stesso Scarpa.

Arena partecipa all'Accademia che avendo riflettuto alla ripetizione di certe anomalie anatomiche in diversi individui di una stessa famiglia si è scritto a Alessandria perchè sieno fatte indagini onde accertare se alcuno dei fratelli del bersagliere presenti le stesse trasposizioni viscerali. Il padre è morto, ma sui fratelli è possibile trovare qualche cosa di congenere.

Il Socio **Gamba** vorrebbe sapere se partendo da questo fatto si intenda promovere la cancellazione dell'articolo del regolamento che dà la trasposizione del cuore come ragione di riforma. Non gli pare che un caso solo possa motivare una così radicale modificazione.

Digitized by Google

Il Socio **Arena** gli risponde che il regolamento si potrebbe modificare in modo che ad ogni caso di simil genere, l'inscritto venisse assoggettato ad una visita speciale per opera di una Commissione medica incaricata di giudicare l'importanza e le conseguenze del fatto.

Chiusa per tal modo la discussione sul fatto esposto dal Socio Colonnello Arena.

Il Socio **Peyrani** prende la parola per annunziare che il giorno 9 maggio si è recato all'abitazione del compianto Socio Bonacossa per ricevere la consegna dei libri che da esso vennero legati all'Accademia. Essi costituiscono una bella e preziosa biblioteca. Il Socio Peyrani propone che il nome del Comm. Prof. Bonacossa venga iscritto sulla lapida ove figurano i benemeriti della Biblioteca, proposta che è accettata unanimemente dalla Assemblea.

In seguito il Socio **Perotti** legge un rapporto sopra il lavoro del Dott. Toselli medico direttore del Manicomio di Racconigi, avente per titolo: *Proposta di una Società di patrocinio per i pazzi poveri della Provincia di Cuneo e considerazioni relative all'assistenza pubblica dei pazzi.* Saluzzo 1876 (vedi pag. 465).

Il Dottore Toselli venne proposto a Socio corrispondente.

Il **Presidente** ringrazia il Dott. Perotti e leva la seduta.

Il Presidente **Olivetti**
Per il Segretario Dott. **Berruti.**

Seduta delli 13 *maggio* 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Moleschott, Gamba, Bizzozero, Borsarelli, Peyrani, Mosso.

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente, il Socio **Mosso** nell'assenza del Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Atti della R. Accademia delle scienze di Torino, Vol. XIII, disp. terza (gennaio 1878). Torino, 1878.

Digitized by Google

Atti del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti dal novembre 1877 *all'ottobre* 1878. Tomo 4, serie 5, disp. 5. Venezia, 1877-78.

Baccelli *Prof.* Guido — *La malaria di Roma.* Roma, 1878. (Estratto dalla *Monografia archeologica e statistica di Roma, ecc.*).

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Rendiconto statistico dell'Ufficio di igiene per l'anno* 1876. Torino, 1878.

Id. — *Bullettino medico-statistico della Città di Torino,* N. 18. Torino, 1878.

Il **Presidente** partecipa all'Accademia l'invito fatto dal sig. Stass di concorrere al quarantesimo anniversario della nomina a Professore del celebre Prof. Schwann. Il Socio **Moleschott** propone di nominare il Prof. Schwann Socio onorario dell'Accademia di Medicina, notando che raramente si presenterà un'occasione altrettanto favorevole per dare una dimostrazione di stima ad una delle più grandi celebrità del nostro secolo. Egli ritiene che i meriti dello Schwann nel campo della medicina siano così eminenti che qualunque onorificenza sia per tributargli l'Accademia, non sarà certo impari alla solennità di questa circostanza.

Il Socio **Peyrani** appoggia dopo alcune osservazioni la proposta del Socio Moleschott. In base all'articolo 19 del Regolamento organico si procede immediatamente alla votazione. Il Prof. Schwann è nominato con voti unanimi Socio onorario della R. Accademia di Medicina.

Viene quindi dato incarico al Socio Colomiatti di redigere nella sua qualità di anatomico e di futuro Segretario generale un indirizzo di felicitazione al Prof. Schwann.

Il Socio **Moleschott** comunica all'Accademia una sua memoria sull'azione del iodoformio.

Finita questa comunicazione il **Presidente** ringrazia vivamente il Socio Moleschott degli interessantissimi studi sperimentali e delle osservazioni cliniche presentate all'Accademia intorno all'azione dell'iodoformio.

Il Socio **Gamba** conferma i risultati esposti dal Socio

Digitized by Google

Moleschott ed osserva come egli da due anni adoperi con grande vantaggio lo iodoformio nell'artrite acuta nei dolori osteocopi ed altre manifestazioni sifilitiche.

Il Socio **Olivetti** ricorda due osservazioni di ragadi anali refrettarie ad altri metodi di cura che guarirono coll'applicazione dell'iodoformio facendo presto cessare lo spasmo e i dolori, e facilitando la cicatrizzazione. Accenna pure all'uso fatto delle pennellazioni con tintura alcoolina di iodoformio in un caso di idrotorace completo unilaterale senza notevole effetto.

Il Presidente **Olivetti**.
ff. Segretario particolare **Mosso**.

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

SULL' EFFICACIA CURATIVA DELL' IODOFORMIO

Studi clinici e fisiologici

DI

JAC. MOLESCHOTT

Da molti anni l'applicazione dell'iodoformio o trijoduro di formile mi va procurando effetti così salutari, che solo il desiderio di dedicare ulteriori studi fisiologici alla preziosa sostanza mi ha potuto trattenere dal far di pubblica ragione le mie sperienze cliniche in proposito. Mi fu gradito che, fra molte voci scettiche, il professore *Binz* di Bonna nel 1874 emise un parere favorevole sul trijoduro di formile, in quanto che egli si esprimeva in questi termini: « i molteplici ap« prezzamenti sul valore terapeutico dell'iodoformio, « che in gran numero ci vennero sovratutto da autori

Digitized by Google

« francesi, richiedono un nuovo esame clinico, ed in-
« vero lo sembrano meritare (1). » Avendo io avuto poco dopo, nell'aprile del 1875, il bene d'incontrare il professore *Binz* a Bonna, gli promisi una conferma di quella sua opinione, appoggiandomi ad osservazioni che in allora già da cinque anni andava raccogliendo. Tardai troppo coll' adempire la promessa, eppure forse avrei indugiato ancora, per occuparmi di ricerche fisiologiche sull' iodoformio, se *Binz* e *Möller* non avessero intrapreso sperimenti farmacologici e tossicologici (2), che in parte colmano la lacuna sulla quale sperava gittare un ponte, mentre i vantaggi che clinicamente ottenni dalla propinazione dell'iodoformio m' impongono il dovere di anteporre il lenimento dell'umanità sofferente a qualsiasi scientifica ambizione.

Prima di accingermi però all'esposizione delle mie sperienze, riprodurrò le tesi che si riferiscono all' iodoformio, quali il professore *Binz*, in forma di corollarii, mise in fondo dell'articolo da esso lui redatto, omettendo quello che ha attinenza all' acido iodico, del quale io non mi sono occupato.

« Lo iodoformio, dato internamente, spiega effetti narcotici nel cane ed, a quel che pare, particolarmente nel gatto.

(1) C. Binz, *Grundzüge der Arzneimittellehre, ein klinisches Lehrbuch*. 4. Auflage, Bonn 1874. « Die vielen, besonders französischen Angaben über den arzneilichen Werth des Jodoform bedürfen einer erneuten klinischen Sichtung, scheinen dieselbe aber auch zu verdienen. » p. 36.

(2) C. Binz, über Jodoform und über Jodsäure nach den Versuchen des Herrn Dr. C. Möller; *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, Bd. VIII, p. 309 e seg., ottobre 1877.

Digitized by Google

« Introdotto a dosi tossiche cagiona degenerazione adiposa acuta del fegato, del cuore e dei reni, ed uccide coi fenomeni di paralisi generale con un forte collasso della temperatura.

« Dall'iodoformio, sciolto in un olio grasso, in poche ore si sprigiona dell'iodio.

« Si può ammettere con probabilità che l'azione narcotica dell' iodoformio dipende da uno sprigionamento di iodio, che si abbandona ai centri nervosi.

« Lo iodoformio sembra meritare gli elogi che autori stranieri gli attribuiscono in molti casi in cui venne amministrato per bocca (1). »

Fu nel 1870 che per la prima volta io stesso ebbi motivo di cimentare lo iodoformio. Si trattava di un uomo di circa 30 anni, benestante, scrofuloso. Nell'anno 1867 lo ebbi più volte in cura per ascessi freddi nella regione inguinale destra e sulla parte posteriore della coscia nel medesimo lato. Dal settembre dello stesso anno egli soffriva di una tumefazione bilaterale delle glandule cervicali, le quali a sinistra erano riunite in una massa uniforme e maggiore del volume di un gran pugno. Io stesso aveva curato l'ammalato, altrettanto costante che fiducioso, col miglior zelo possibile dal settembre 1867 fino al novembre 1870. Esternamente aveva adoperato lo ioduro e bromuro di potassio, lo ioduro iodato, il proto- ed il deuto-ioduro di mercurio, il cloruro d'ammonio, la belladonna, cicuta e digitale; all' interno lo ioduro ed il bromuro di potassio, l'olio di fegato di merluzzo iodurato, le acque minerali ricche di iodio (acqua di Sales), senza trascurare i bagni di mare. Il successo

(1) C. Binz, l. l., p. 334.

Digitized by Google

era meschino. Inutile nascondersi che non regge la fede del pubblico, sebbene talvolta divisa da medici, comechè simili tumori debbano sempre e facilmente cedere ad una semplice pomata di ioduro. Pur troppo il caso qui accennato, fu uno dei molti refrattarii. Il vantaggio ottenuto lasciava molto a desiderare dopo una cura per tre anni diligentemente continuata. Il giovane dotato di bella presenza, agiato, e pure distinto per migliori pregi, desiderava prender moglie, ma i suoi amici lo burlavano ogni qualvolta egli mostrava l'intenzione di presentarsi ad una ragazza: a tal punto il tumore lo sfigurava. Spinto dal desiderio di liberarlo, scartabellai libri e giornali, ed incontrai le lodi dell'iodoformio. Sono dolente di non ricordarmi quale autore fu il primo a farmene concepire speranze. Prescrissi una parte di iodoformio su quindici di collodio elastico, da applicarsi mattina e sera con un pennello. Questa medicazione s'iniziò il 20 novembre 1870 e di già ai 18 di dicembre il tumore erasi ridotto alla metà del suo volume, il 2 febbraio 1871 era quasi scomparso, e, quando visitai il signor B. ai 5 d'aprile del medesimo anno, non se ne vide più traccia. L'ammalato allora soffriva di un catarro della vescica, di gengivite ed un po' di palpitazione; nel settembre successivo fu colpito da peritiflite. Nel marzo dell'anno 1871, quando il miglioramento del tumore si avvicinava alla completa scomparsa, le orine dell'ammalato per breve tempo contenevano dell'albumina. L'ultima volta che il signor B. mi venne a consultare, fu nell'ottobre 1877; nè i tumori glandulari, nè gli ascessi freddi erano mai ricomparsi.

Come succede per lo più, questo caso non rimase unico nella cerchia della mia clientela. Due figliuole di un maestro di scuola, dell'età di 8 e 10 anni, da un

Digitized by Google

anno e più avevano difformato il collo per tumori glandulari della grandezza di un grande uovo di gallina. La pomata di ioduro di potassio aveva fallito. Coll'iodoformio, applicato esternamente nel modo sopraddetto, furono guarite in poche settimane.

Fra molti casi simili, tutti distinti per il fatto che lo iodoformio trionfava di ciò che era rimasto ribelle all'ioduro di potassio, ne ricordo uno che mi sembra rimarchevole, perchè la durezza cartilaginea del tumore mi avea inspirato dei dubbi sull'efficacia del rimedio, cui già molto fidava. Una cameriera al lato destro del collo portava un tumore grande come un uovo di gallina di volume mediocre e, lo ripeto, duro come la cartilagine. Per molti anni ne era rimasta difformata, e sebbene non soffriva dolori, avea pur sempre soggezione la poveretta, quando doveva presentarsi a nuovo padrone, ed ambizione sufficiente per desiderare che non dovesse ognora nascondere il collo. Le ordinai iodoformio in forma di pomata, pure 1 per 15. Già a capo di 3 mesi l'effetto era così favorevole, che la ragazza continuava gelosamente la cura, e dentro di un anno il tumore era scomparso.

L'ultimo caso del genere da me veduto si riferisce ad un impiegato, il quale nella regione inguinale destra avea un pacchetto di glandule gonfie, che superava il volume di un metacarpo ben guarnito. Il tumore che aveva cominciato con dolori, venne curato da un medico valente con cataplasmi, fu tagliato due volte, e di nuovo trattato con cataplasmi. Ma ad onta della suppurazione continua, l'inguine rimaneva gonfio in modo assai molesto, tanto che l'ammalato male poteva accudire ai suoi doveri. Dopochè ciò aveva durato per 3 mesi mi pregò del mio consiglio. In quattro settimane la pomata di iodoformio aveva vinto ogni cosa.

Digitized by Google

Queste sperienze favorevoli sull'efficacia dell'iodoformio per combattere le tumefazioni di glandule linfatiche, furono incoronate dal miglioramento ottenuto in un caso di leuchemia lienale.

Presso una signora, che ha dimora in una città delle Marche, la milza, raddoppiata di volume, era molto accessibile alla mano palpante. Il suo sangue conteneva 1 corpuscolo bianco per 50 coloriti, in vece della proporzione 1: 357, che dalle numerazioni eseguite da me ed i miei scolari di Eidelberga rappresenta la media normale (1). Prostrazione, pallore, una diarrea ribelle, sempre recidiva, e forte soprattutto al tempo delle mestruazioni, una grande tendenza ad edemi acuti, assai dolorosi, erano i punti salienti nel quadro di questo caso. Mancarono le emorragie, nè si verificarono ingorghi alle glandule linfatiche. Per contro l'ammalata fu assalita due volte da violenti dolori nell'osso sacro e nelle ultime vertebre lombari, sofferenze dipendenti con probabilità dalla partecipazione della midolla delle ossa descritta dal *Neumann*. Si sarebbe quindi trattato d'un esempio di leuchemia lienale e mielogena, meno distinto per la sua gravità che per la lunga durata. Nel gennaio 1870, quando io cominciava a dar le mie cure all'ammalata molto agiata, dessa da più mesi stavasi a letto, in preda a grave deperimento. Non tollerava chinino, non ferro, nè altro rimedio metallico. Trasse profitto invece da bagni aromatici, di 26° a 27° R., che non si prolungavano oltre tre minuti, e dalle pennellature con collodio iodoformizzato nella regione della milza, che

(1) Jac. Moleschott, über das Verhältniss der farblosen Blutzellen zu den farbigen in verschiedenen Zuständen des Menschen. — *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1854, N. 8, p. 117.

Digitized by Google

però si cominciarono soltanto nell'autunno del 1871. Inoltre doveva sempre di bel nuovo ricorrere ad una cura sintomatica della diarrea. Per fortuna il buon appetito non fece mai difetto alla paziente, che digeriva la selvaggina ed altri cibi molto nutritivi, per cui la cucina sovente suppliva al chinino ed al ferro della farmacia. La gonfiezza della milza si rinnovava più volte, ma poteva sempre frenarsi coll'applicazione esterna dell'iodoformio. La proporzione fra le due specie di corpuscoli sanguigni da molto tempo è tornata alla norma. Ma la diarrea fino al settembre del 1877, ossia per più di 7 anni, non lasciò che brevi tregue. Ora da 6 mesi sembra vinta pur questa, o per dir meglio non si presenta che per pochi giorni, particolarmente al tempo de' corsi mensili. Per combatterla ebbi da lodarmi in ispecie della polvere di creta aromatica (1), che faceva comporre nelle seguenti semplici proporzioni:

P. Carbonato di calce	5,0
Polvere di cannella	4,0
Noce moscata	3,0
Zafferano	3,0
Garofani	1,5
Cardamomi	1,0
Oppio	1,0
Zuccaro	25,0

da dividersi in 50 cartoline e da prenderne 2, 3 e fino a 4 al giorno.

Mi guarderò bene dall'asserire che nell'iodoformio siasi trovato il rimedio della leuchemia. Per ardire

(1) *Pulvis cretæ aromaticus cum opio* (Brit. ph.). Vedi Bouchardat, *Nouveau formulaire magistral*. Seizième édition. Paris 1870, p. 178, e Dorvault, *L'officine ou répertoire général de pharmacie pratique*, sixième édition, Paris 1866, p. 748.

Digitized by Google

tanto, la guarigione non è abbastanza completa, nè abbastanza grave il caso, mentre non ebbi campo di ritentare la medesima cura in altri. Messo a confronto coi buoni successi riportati in malattie analoghe, il risultato di questo primo tentativo mi sembra dover confortare a nuove prove; certo è che non me ne ristarò alla prima occasione di lottare contro una malattia, per la quale di guarigioni vi ha sì poco da riferire.

Dal tempo che aveva verificato gli effetti dissolventi dell'iodoformio, lo applicai ripetutamente alla cura di glandule inguinali rigonfiate ed indurite di sifilitici. Egli è vero che in questi casi propinava pure il protoioduro di mercurio, secondo il metodo eccellente del *Simon*, oppure lo iodoformio in pillole, nella dose di 5 a 10 centigrammi al giorno; ma io ne vidi effetti tanto salutari, che devo caldamente raccomandare lo iodoformio come amminicolo fra i rimedi della sifilide.

Nelle circostanze finora accennate, lo iodoformio, prima di favorire l'assorbimento, doveva naturalmente determinare il disfacimento degli elementi formativi. Lo stesso si dica del suo modo di agire nell'orchite, della quale più volte ottenni la risoluzione nel tempo di 5 o 8 giorni, per l'applicazione del collodio iodoformizzato.

Ora non poteva tralasciare di cimentare il rimedio nelle raccolte di trasudato in un sacco sieroso. Lo dirò con una parola, lo iodoformio ha superato la mia aspettazione. Mercè le pennellature colla sostanza sciolta nel collodio elastico, vidi scomparire dei versamenti che si erano raccolti nella pleura, nel pericardio, nel peritoneo e sotto l'aracnoidea.

Nella signora di un ufficiale molto conosciuto, che

Digitized by Google

soffriva d'insufficienza della valvola tricuspidale, ottenni due volte l'assorbimento di una raccolta minacciosa nel pericardio.

A Nervi qualche anno fa, un signore di 45 anni, affetto di tubercolosi polmonare, presentava un'ascite così estesa che non poteva reggere se non in posizione supina e mezzo inclinata, nè tollerare alcuna flessione del tronco. Già io stava sospeso se la indicazione vitale non richiedesse la paracentesi, malgrado l'anemia dell'ammalato. Ebbi il coraggio di tentare il collodio con iodoformio, aiutandolo con pillole diuretiche. La raccolta scomparve in 15 giorni all'incirca, con abbondanti emissioni di orine, nè mai tornò in questo ammalato, che visse ancora un anno e mezzo.

D'allora in poi mi sono dettato la regola di non consigliare la paracentesi, senza aver prima tentato l'applicazione esterna dell'iodoformio. Ciò vale a confessare che desso non è sempre efficace. Nè possiamo meravigliarcene, poichè le tante volte non siamo in grado di eliminare la causa di simili raccolte di trasudato, non possiamo quindi prevenirne la ricomparsa, e l'ostacolo che si oppone alla circolazione, può essere sì grande, che in nessun modo riesca di attivare l'assorbimento.

Di tutte le soddisfazioni però la maggiore mi procurò l'applicazione dell' iodoformio nell' idrocefalo acuto dei bambini. Negli ultimi anni riportai tre guarigioni perfette fra cinque casi di questo morbo fatale, dei quali due sembravano addirittura disperati. Lo sguardo fisso e lucente, i sensi smarriti, il sopore, le convulsioni, l'addome sfondato a barca, i vomiti preceduti, il polso raro, le pupille dilatate e disuguali, i muscoli cervicali tonicamente contratti, e talvolta il grido particolare e sinistro, completavano il quadro

Digitized by Google

abbastanza facile a riconoscere. Ordinava che 3 o 4 volte al giorno si applicasse lo iodoformio, sciolto nel collodio oppure in forma di pomata, nella regione cervicale, sui processi mastoidei, nella fronte e nelle tempie. Non devo tacere che i bambini da me curati ricevettero pure delle piccole dosi di calomelano e clisteri purganti. Ma chi non ha amministrato questi ed altri rimedii, per appagare la coscienza e finalmente aderire alla dolorosa confessione, che l'arte è impotente di fronte a questa trista malattia? Se non dovessi riconoscere dell'iodoformio altro servizio, se non quello di aver fatto crollare la mia credenza nella quasi assoluta incurabilità della meningite tubercolosa, mi crederei in dovere di prodigare lodi al potente rimedio. Poichè il calomelano, la digitale, lo iodurio di potassio, le affusioni fredde del capo, gli irritamenti cutanei, clisteri, piccole dosi di morfina ci tradirono, se non assolutamente sempre, pure quasi quasi in ogni caso, egli è impossibile il non attribuire all'iodoformio l'esito felice nei casi in cui fu propinato. Se invece di 60 0|0 riuscisse pur anche di salvare 10 o 5 0|0 di coloro che finora dovettero soccombere all'idrocefalo acuto, sarebbe una consolazione capace di stendere un velo pietoso su molti peccati del nihilismo.

Sebbene non stia a livello colle ultime osservazioni, cade in acconcio il menzionare qui un caso di igroma cistico patellare. L'uomo che ne era affetto faceva il cameriere in una gran casa; essendo obbligato a tener puliti i mobili nelle sale riccamente addobbate, doveva sovente appoggiarsi sul ginocchio destro. Colle pennellature di collodio iodoformizzato, il rigonfiamento della borsa mucosa davanti alla patella destra fu ridotto in 15 giorni, quantunque avesse esistito già da parecchi mesi.

Digitized by Google

Anche nelle infiammazioni croniche delle articolazioni ebbi da lodarmi molto dell'iodoformio. Due casi me ne sono particolarmente memorabili. L'uno di essi si riferisce alla figliola di un maestro di nuoto, la quale, novenne, nell'aprile 1875, quando io ne intrapresi la cura, da mesi soffriva di una infiammazione del ginocchio sinistro. La suppurazione era molto diffusa, la bambina soffriva dolori atroci ed era assai deperita. Dell'idioformio sciolto nel collodio, del protoioduro di ferro nella forma di pillole di Blancard, ed il riposo assoluto ristabilirono la ragazza al punto, che nel maggio 1876 non presentava che un leggier grado di durezza nell'articolazione, e la vispa bambina poteva girare e saltellare.

Nell'altro caso si trattava di un'infiammazione fungosa dell'articolazione del piede sinistro del figlio di un facchino, che contava 15 anni. Da molti mesi il ragazzo stavasi a letto. I suoi genitori più nulla speravano. Due chirurghi molto ricercati avevan dichiarato non esserci scampo che nell'amputazione. I genitori non volendone sapere, l'ammalato venne ritirato dall'ospedale. Il tarso aveva circa il doppio volume del destro, era circondato da otto o nove piaghe suppuranti e fungose, fra le quali le più grandi arrivavano al diametro di un pezzo di due soldi. La suppurazione in più di un punto penetrava fino all'osso. Il ragazzo non soffriva dolori, neanche movendo il piede per farlo esaminare o medicare. In tutti i punti in cui la pelle non era rotta, io faceva applicare il collodio con iodoformio due volte al giorno; i siti aperti suppuranti o fungosi si curarono dapprima con bagni di camomilla, dipoi con soluzioni allungate di nitrato di argento (0, 2 — 1, 0 %): all'interno faceva prendere il protoioduro di ferro. Spirato un anno, il ragazzo era in

Digitized by Google

grado di camminare, le piaghe eran guarite tutte, il tarso poco gonfio, tutti i movimenti possibili, sebbene meno liberi che in un piede normale. Il ragazzo non ebbe mai recidiva, quantunque commettesse parecchie imprudenze. Oggi è capace di lavorare, ed i suoi genitori che si erano rassegnati a vederlo poltrire e deperire, godono lieti del possesso di un giovane robusto.

(Continua).

Rapporto sul lavoro del Dott. Enrico Toselli, Medico Direttore del Manicomio di Racconigi, che ha per titolo: *Proposta di una Società di patrocinio per i pazzi della Provincia di Cuneo e considerazioni relative all'assistenza pubblica dei pazzi.*

(Saluzzo — Tipografia Lobetti-Bodoni)

Questo scritto fu inspirato dai bisogni di una Provincia, ma interessa il bene di tutte; e se la proposta che ne forma il soggetto incapperà, come tutte le cose nuove, nell'indifferenza e nell'apatia, la sosta sarà breve, perchè l'istituzione patrocinata dal Toselli si imporrà presto come una necessità.

In questo lavoro, il Toselli, dovendo necessariamente parlare della pazzia e delle sue forme, usa l'occasione da pari suo, da vero alienista; ma siccome questa parte puramente scientifica è trattata con grande concisione di pensiero e di parola, io non potrei farne compendio senza straziarla, e mi restringerò per conseguenza alla sola proposta.

L'Autore descrive, in riguardo ai pazzi, i trionfi della civiltà sulle tirannie dell'ignoranza; ma dice che per assicurare questi trionfi, la carità ufficiale si è fatta

Digitized by Google

insufficiente. La popolazione dei Manicomii cresce incessantemente, ed in quello di Racconigi si quadruplicò nel corso di 20 anni, abbenchè il medico-direttore siasi sempre mostrato, come esso dice, ardito anzi che prudente nei licenziamenti. Le Provincie, incomportabilmente gravate, si propongono di chieder il soccorso dei Comuni, ma questo provvedimento, spostando solo la spesa, non ci salverebbe dal pericolo di riduzioni nel trattamento dei pazzi, e renderebbe, per soprappiù, i Municipii meno solleciti nel promuovere l'accettazione dei loro mentecatti nei Manicomii. L' Autore vagheggia invece una misura radicale — la riduzione dei ricoverati, e si propone di ottenerla « col diminuire il numero dei recidivi — col diminuire il numero degli ammessi e coll'aumentare il numero dei sortiti migliorati o guariti » Ma egli ha per ciò bisogno che i licenziati trovino chi li conforti di sussidii e di consigli nei primi cimenti della vita cui rinascono, e che i mentecatti ai quali la reclusione o non è necessaria od è nociva sieno convenientemente assistiti fuori del Manicomio. E questo sarebbe il còmpito della Società di Patrocinio.

Quest'istituzione dovrebbe essere retta da uno Statuto redatto dal Comitato Promotore, prese a norma le condizioni speciali del Manicomio e della Provincia, lo scopo cui si tende ed i mezzi di cui si può disporre. Ogni Comune avrebbe i suoi patroni; — l'assistenza morale sarebbe affidata al Sindaco, al Parroco ed al medico locale; e per i soccorsi materiali l'Autore confida nei Municipii, nei privati facoltosi e negli stessi pazzi che non ricuserebbero di destinare qualche parte dei loro guadagni a sostegno di un sodalizio stabilito a totale loro vantaggio.

Per muovere coll'esempio e dar fidanza nell'esito, il

Digitized by Google

Toselli ci dice che consimili Società già numerose e fiorenti in Francia, nel Belgio ed in Germania, fanno buona prova anche presso di noi. Zani, Salerio e Livi riescirono a porre sotto la tutela della beneficenza pubblica i licenziati dai Manicomii di Bologna, Venezia e Reggio d'Emilia; e l'Adriani, il Bonfigli, il Monti e gli alienisti milanesi preparano ugual sorte ai mentecatti di Perugia, Ferrara, Colorno e Milano (1).

L'Autore ebbe 55 recidivi su 226 usciti, e ripete questa frequenza dalla mancanza o dal disamore dei parenti, dal difetto di lavoro, dal ritorno alle abitudini viziose e dal disprezzo del pubblico. Noi vediamo perciò come gli aiuti dei patroni gli renderebbero facile il suo primo assunto, quello cioè di diminuire il numero delle recidive.

Non è meno fondato l'assegnamento del Toselli sulla Società per diminuire le ammissioni, perchè molti dei ricoverati potrebbero, se assistiti, essere ugualmente bene o meglio curati fuori del Manicomio.

La reclusione non è dall'Autore creduta necessaria per gli affetti da demenza tranquilla consecutiva ad accessi di apoplessia, a lento progressivo indebolimento dell'intelligenza, a ripetuti attacchi di pazzia acuta, e ciò perchè, mentre essi sono spesso dimenticati fra la folla del Manicomio, potrebbero, fuori, assuefarsi con facilità a quei lavori che richiedono paziente applicazione di braccia anzi che vigoria di forza muscolare o di intendimento. Così è parimente degli incolti da paralisi progressiva a rapido corso con predominio di

(1) Nel 1864 e negli anni seguenti, il dott. Tonino s'adoperò colla stampa e colle sollecitazioni personali, e non senza un principio di successo, per dare vita ad una Società che tutelasse i licenziati dal Manicomio di Torino, ma le vicende politiche e le preoccupazioni della guerra resero vane le sue lodevoli premure. P.

Digitized by Google

fenomeni paralitici, o da pazzie croniche incurabili con paraplegia od emiplegia, perchè gli uni e gli altri richiedono una moltiplicità di cure che i soli parenti sanno prestare colla necessaria amorevolezza.

La reclusione è poi reputata dannosa ai colpiti da malinconia semplice o dall'ipocondria di primo grado, perchè essi, gettati, fra persone nuove, nel tumulto dei Manicomii, corrono rischio di diventare incurabili.

Per ciò che riflette l'ultimo impegno che l'Autore si toglie, di aumentare il numero degli usciti guariti o migliorati, egli fa le seguenti considerazioni:

I regolamenti di tutti i Manicomii prescrivono che quando un pazzo è guarito, dev'essere licenziato, ma l'attuazione di questa disposizione così logica è spesso necessariamente ritardata dai medici per ciò solo che il ricoverato, rientrando in famiglia, troverebbe nella miseria e nella freddezza dei congiunti potenti ragioni per ricadere nel suo male.

Nei Manicomii vi ha sempre buon numero di pazzi che soffrono leggieri accessi di esaltamento maniaco o di depressione malinconica tramezzati da uno stato di quiete che dura sei mesi, un anno e più. Questi individui potrebbero, con un po' di assistenza, rientrare utilmente in società, e rimanervi finchè si manifestino i sintomi precursori sempre abbastanza evidenti e lunghi, perchè si possa provvedere alla reclusione prima che l'accesso irrompa.

Altri ricoverati, dopo essere stati lungamente bersagliati da pazzia ricorrente, riacquistano, per effetto dell'età, di speciali rivolgimenti organici o di altre circostanze inespicabili, il normale esercizio funzionale del sistema nervoso, e sono, dopo i così detti pazzi ragionanti, gli ospiti più fastidiosi dell'asilo.

Altri, benchè guariti, si rifiutano di tornare in seno

Digitized by Google

delle loro famiglie, perchè nutrono una profonda antipatia contro alcuno dei loro parenti.

L'Autore osserva finalmente che ad alcuni ricoverati, e specialmente a quelli che rientrano in sè dopo un'accesso di manìa acuta furiosa, il soggiorno nei Manicomii riesce pericoloso per gli effetti dell'imitazione; e che i pazzi fisicamente scaduti per diuturne malattie comuni si rimetterebbero molto più facilmente fuori del Manicomio.

La Società di patrocinio dovrebbe per tutti questi individui sottostare alle spese di trasporto, procurar loro una conveniente assistenza medica e domestica presso i parenti, ed ove osti la freddezza dei congiunti o l'antipatia dei dimessi, collocarli presso famiglie estrance possibilmente nelle vicinanze del Manicomio.

Qui non devo tacere in omaggio all'autorevolezza del giudizio, che il Toselli non è partigiano delle colonie agricole, perchè sono soverchiamente passive, e non scemano la popolazione del Manicomio. Ma perchè non si creda che questo distinto alienista disconosca i vantaggi del lavoro, mi affretto a notare che nel suo Manicomio egli tiene occupati quanti sono capaci di lavorare.

L'Autore non si dissimula le gravi difficoltà che incontrerà l'impianto di questo patronato; ma egli sa, e lo dice con belle parole, che nella Provincia di Cuneo la generosità e la fermezza nel bene sono tradizionali. Osserva intanto che, tenuto conto dell'attitudine al lavoro di molti fra i dimessi, la spesa occorrente per le assistenze a domicilio sarebbe minore di quella che si sostiene presentemente nei Manicomii; e che questa istituzione sarebbe gradita alla generalità dei pazzi, che negli agi degli asili non trovano sufficiente compenso alla perdita della libertà, il cui sentimento è sempre vivo nei loro cuori.

Digitized by Google

Il Toselli chiude il suo lavoro con queste parole: « Il mio appello sarà, spero, ben accolto, perchè di- « retto alle persone dabbene che sentono pietà delle « altrui miserie, ed in cui i migliori sentimenti del « cuore non sono ancora vinti dai sofismi della mente « e da un arido scetticismo »; ed io m'auguro di grand'animo che questo nostro Collega, in cui la bontà del cuore è pari all'eccellenza dell'ingegno, raggiunga il nobile scopo che si prefisse con questo lavoro ricco di dottrina e di eleganza; e, prevalendomi della facoltà concessa in quest'adunanza, lo propongo a Socio corrispondente della nostra Accademia.

PEROTTI.

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Tecnica necroscopica (*Continuazione alla pag. 447, N. 14*).

Collo, cavità toracica e addominale. Per l'esame di queste parti si comincia di regola con un taglio che si protrae dal mento al pube, passando sulla sinistra dell'ombelico, e che sull' addome si approfonda nella cavità, coll' avvertenza di non lederne i visceri; cosa che meglio s'ottiene facendo prima una piccola apertura nel peritoneo parietale, in cui s' introdurranno successivamente due dita, colle quali si allontanano le pareti dai visceri e si guida il coltello attraverso le medesime.

Nel tagliare, il perito baderà se vi sia uscita di gaz o di liquidi, e quindi noterà il colore, la posizione e l'aspetto dei visceri e soprattutto il livello del diaframma.

A questo punto s'interrompe l'esame di questa cavità, a meno si possa ragionevolmente credere di trovarvi la causa della morte:

Digitized by Google

imperocchè se è necessario aprire anzitutto l'addome per stabilire l'altezza del diaframma, non si potrebbe esportare i visceri di questa cavità e tagliare i vasi epatici e la cava ascendente senza rendere incerto e meno proficuo l' esame del cuore. Di regola adunque si farà precedere l'ispezione della cavità toracica.

Per aprire il torace si dissecano le parti molli fino alla parte ossea delle coste — si recidono le cartilagini, se sane, con un robusto coltello a qualche millimetro dalla loro inserzione costale, se ossificate, coll'osteotomo un poco più esternamente — si disarticolano le clavicole dal manubrio sternale con incisioni semilunari, e finalmente, recisa la porzione del diaframma compresa tra le estremità dei due tagli longitudinali contro le false coste e l'appendice ensiforme, si solleva lo sterno all'insù, avvertendo nella dissecazione del mediastino di non offendere il pericardio ed i grossi vasi. Ciò fatto si baderà se nei sacchi pleurali vi sieno contenuti stranieri — si noterà l'estensione e l'aspetto della porzione dei polmoni che cadono sott'occhio, lo stato del mediastino e dei grossi vasi.

Si spacca in seguito il pericardio, si determina la pienezza dei vasi coronari, la presenza dell'adipe nel tessuto sottopericardico, la grossezza, la posizione, il colore e la consistenza del cuore; si aprono ad una ad una le cavità cardiache, se ne studia il contenuto in riguardo al volume ed alla densità, s'esaminano le valvole auricolari, e quindi, estratto il cuore, s'osserva lo stato delle aperture arteriose iniettandovi dell'acqua e tagliandole, e si studia per ultimo il miocardio. Se si sospetta di qualche alterazione del tessuto muscolare, si ricorre al microscopio.

All' esame del cuore tien dietro quello dei grossi vasi, fatta eccezione per l'aorta discendente che si osserverà dopo i polmoni.

Per esaminare convenientemente questi ultimi visceri bisogna estrarli dalla cavità, e se esistono aderenze pleurali non si sciolgono. Prima d'ogni altra cosa si riconoscerà l'aereazione, il colore e la consistenza dei singoli lobi, e quindi si ricorrerà ai grandi tagli per porre in evidenza le condizioni del parenchima, le proporzioni dell'aria, del sangue o di altri liquidi, l'esistenza d'essudati nelle vescichette, lo stato dei bronchi e delle arterie polmonari che si taglieranno colle forbici fino alle più sottili diramazioni,

Digitized by Google

badando agli emboli che possono esservi penetrati. Quando si sospetti dell'esistenza di corpi estranei nelle vie aeree, e l'osservazione grossolana non basti a risolvere il dubbio, gioverà l'aiuto del microscopio. Nei polmoni, come in tutti i grandi organi ghiandolari o adenoidi, i tagli comincieranno sempre dall'esterno, e saranno diretti in modo da conservare la continuità là dove stanno i legami più importanti dell'organo colle parti vicine.

In altro capitolo del libro il Lombroso dice che per la sezione della cartilagine della prima costa si deve portare il tagliente in avanti ed in alto al dissotto della parte cartilaginosa, e farlo quindi penetrare in alto ed all'innanzi, e ciò da uno a due centim. più all'infuori di quanto si faccia per il taglio della seconda cartilagine; che, non appena scoperti i sacchi pleurali, importa verificare con attenzione il loro contenuto, perchè lo spandimento del sangue che si fa nei tagli può, più tardi, rendere incerto il giudizio sulla qualità e quantità dei fluidi in essi preesistenti — che non si devono estrarre i polmoni prima di aver esaminato il cuore, perchè l'esportazione dei polmoni, rendendo necessario il taglio delle arterie e vene polmonari, l'orecchietta sinistra ed il ventricolo destro subirebbero uno svuotamento parziale ed anche totale, ed il perito sarebbe così privato d'utili criterii — che la prima apertura del cuore ha due scopi: riconoscere la quantità di sangue contenuta in ciascuna cavità e la larghezza degli ostii auricolo-ventricolari, e che perciò si deve lasciare illesa la base del cuore da entrambi i lati — che il punto più naturale per la spaccatura del ventricolo venoso è il margine destro del cuore, avvertendo di cominciare il taglio verso la base, di penetrare senza riprese nella cavità, e di ritirare per tempo il coltello dall'apice per non intaccare il setto — che il taglio per l'esame dell'orecchietta destra deve cominciare nel punto intermedio tra l'imbocco delle due cave e terminare proprio al dinanzi della base — che per l'orecchietta sinistra il taglio muoverà dalla vena polmonare superiore sinistra e finirà sul limite anteriore della base nel punto segnato dalla vena coronaria — che il taglio del ventricolo sinistro comincierà all'indietro della base e terminerà presso l'apice del cuore — che per l'apertura del lato destro si deve far scorrere l'indice della mano sinistra in estensione forzata al dissotto del cuore fino alla base per

Digitized by Google

modo che la porzione ventricolare trovi un appoggio su questo dito, e far girare il cuore sul suo asse verso sinistra, tanto che il margine destro guardi in avanti, e quindi col pollice circondare la base all' indietro di questo margine — e che per la parte sinistra si deve tirare la punta del cuore a manca ed in alto, impugnando tutto il cuore colla mano sinistra, badando di inarcare con una leggiera pressione la sua parte posteriore per allontanarla dal setto.

Per quanto spetta al contenuto sanguigno, si raccoglie prima quello dell'orecchietta destra, e quindi si vuota il ventricolo corrispondente allargandone l'apertura coll'indice e medio sinistri, fatti scorrere attraverso l'ostio; e si ripete la stessa operazione nelle cavità sinistre: ma questa manovra dev'essere cauta per non alterare la condizione delle valvole. L'esperienza aiuterà per giudicare della regolarità degli ostii, i quali nello stato normale permettono alle due dita (se sottili) di allontanarsi, per modo da ammettere fra loro un terzo dito. Quando il ventricolo sinistro presentasse contrazioni, si provvederà con dolci dilatazioni.

A questo punto s'estrae il cuore, e per ciò fare s'introduce l'indice della mano manca nel ventricolo sinistro, ed il pollice della stessa mano nel destro, onde sollevare la punta del cuore; allora con tre o quattro tagli orizzontali lunghi e robusti si separano le vene cave e polmonari, l'arteria polmonare e l' aorta a qualche distanza dal tessuto cardiaco. Ciò fatto, s'indagherà per prima cosa l'attitudine a chiudersi degli ostii arteriosi per mezzo delle iniezioni d'acqua nell'aorta e nell'arteria polmonare, rimossi con attenzione i coaguli che per avventura si trovassero ancora nei vasi, negli ostii e nei ventricoli. In queste prove il piano degli ostii dev'essere affatto orizzontale e per nulla stiracchiato, e per ciò ottenere importa assai che il cuore sia tenuto sospeso colla punta delle dita delle due mani applicate o alla parete dei vasi che si esaminano o esternamente vicino alla base delle valvole — l'acqua sarà versata da un'altra persona.

Viene ultima l'apertura dei due ventricoli, che ci permetterà di esaminare le valvole auricolo-ventricolari colle fibre tendinee ed i muscoli papillari relativi, le cavità cardiache, l'endocardio, le valvole arteriose, il setto dei ventricoli e delle orecchiette e la musco-

Digitized by Google

latura. Le valvole auricolo-ventricolari dovranno essere studiate con speciale attenzione, perchè di rado il perito riesce a giudicarle esattamente.

Per rendere proficue queste indagini l'Autore propone collocare il cuore sopra una tavoletta nella stessa posizione che aveva nel corpo, e dà per i tagli le seguenti norme:

« *a)* Al ventricolo destro questo taglio si pratica sul prolungamento dell'arteria polmonare, proprio in vicinanza alla base del cuore. A tal fine giova una lunga forbice (enterotomo) di cui un braccio viene introdotto nell'apertura già praticata lungo il margine destro nella direzione dell'arteria polmonare. Una cosa qui si deve notare: che *in questa direzione si trova il muscolo papillare anteriore della tricuspidale colle sue fibre tendinee, il quale deve essere risparmiato,* se si voglia poi studiare esattamente l'apparato valvolare della tricuspidale. Il braccio della forbice devesi perciò far passare avanti a questo muscolo papillare.

« *b*) Al ventricolo sinistro il taglio si fa pure con una lunga forbice sul prolungamento dell'aorta ascendente in vicinanza del setto interventricolare. Esso comincierà dalla punta del cuore e taglierà la parete anteriore del ventricolo e dell'aorta.

« Il punto, che qui si deve sopratutto risparmiare, perchè merita una speciale attenzione, è la base della mitrale. Possono infatti succedere tutte le complicazioni seguenti: Quando nel tagliare direttamente dal basso in alto, dalla punta del cuore all'ostio aortico ci teniamo troppo rasenti al setto, questo taglio incrocia l'ostio polmonare e per poco che si prolunghi viene a ledere le valvole della arteria polmonare. Per evitare ciò, mentre si incide, si tira verso destra l'arteria polmonare e si continua il taglio a sinistra ed all'indietro di essa. Ma non converrà declinar troppo a sinistra, poichè anche questo stretto presenta la sua Cariddi. In tutta vicinanza di questo punto, si inserisce, all'indietro, il margine destro della base della mitrale, che, come è noto, trovasi immediatamente a sinistra dell'ostio aortico. Quindi per poco che il taglio cada di qualche millimetro a sinistra si taglia via una parte della mitrale, e nell'esame della valvola si troverà così un foro nella mitrale. Allo esterno questo punto corrisponde esattamente al margine destro della base dell'orecchietta sinistra del cuore che servirà perciò ad

Digitized by Google

orientarci. *Il taglio pertanto dovrà essere diretto attraverso il punto intermedio fra l'ostio polmonare e l'orecchietta sinistra.*

« Con ciò resta terminato il còmpito principale. Si possono poi ancora aprire un po' più largamente le orecchiette, incidendo colla forbice le loro pareti a destra fra le aperture delle vene cave, a sinistra fra quelle delle vene polmonari. Altri tagli ancora si potranno praticare nella musculatura o parallelamente alla superficie del taglio già fatto nei ventricoli o in modo da dividere la parete del cuore in una metà interna ed una esterna.

« Inoltre si possono ancora incidere le arterie coronarie, il cui decorso fu in gran parte risparmiato dai tagli fatti finora, ecc.; di regola bastano i tre atti anzidetti: questi però sono indispensabili.

« Nè si ha a credere, stante una sì lunga descrizione, che codesto esame del cuore richiegga un tempo assai lungo; ognuno anzi lo può fare comodamente in 10 minuti ».

Collo. L'esame di questa parte si può fare prima o dopo l'apertura del torace, a seconda dei casi. È pure permesso al perito di separare l'esame della laringe e della trachea da quello delle altre parti quando ad esso si annetta una speciale importanza, come, ad esempio, nei casi di soffocazione.

Di regola, esaminati i grossi vasi ed i rami nervosi, si aprono dal lato anteriore la laringe e la trachea onde indagarne il contenuto, ed in casi speciali gioverà a quest'indagine il premere moderatamente i polmoni per favorire l'uscita di liquidi in essi giacenti.

Ciò fatto s'esporterà la laringe colla lingua, col velo palatino, colla faringe e coll'esofago, che si spaccheranno per riconoscere lo stato della loro mucosa, e s'estenderà l'esame alla tiroide, alle tonsille, alle ghiandole salivari e linfatiche del collo. Quando siasi riscontrata o si presuma un'alterazione importante della laringe o della trachea, si dovranno esportare le vie aeree, e quindi aprirle dal loro lato posteriore.

Riconosciuta un'apertura delle carotidi in individui impiccati o creduti morti per strozzamento, si verificherà se l'endotelio sia stato leso o no, facendo queste ricerche quando i vasi stanno ancora nella loro posizione normale. Si darà per ultimo uno sguardo alla colonna cervicale ed alla muscolatura profonda.

(Continua).

Digitized by Google

Dott. Max Schottelius (in Würzburg) — *Experimentelle Untersuchungen über die Erzeugung miliarer Inhalations-Pneumonien.* Vorläufige Mittheilung — **Studii esperimentali sulla produzione della pneumonite miliare mediante le inalazioni.** Comunicazione preventiva (*Centralblatt f. Med. Wiss.* N° 2, 1878). — In seguito ad una serie di studii esperimentali sull'effetto di diverse materie polverulente introdotte nei polmoni, dalle osservazioni pubblicate ultimamente da Tapeiner, Lippe, e Schwenninger fui indotto a continuare tali esperienze ed a stabilire delle ricerche di controllo, per cui ne comunico qui in breve il risultato.

5 cani dovevano giornalmente durante 8 settimane inalare da 1-2 ore.

N° 1 Sputo di parecchi tisici tubercolosi.

N° 2 Sputo di più persone bronchitiche, ad ogni modo non tubercolose.

N° 3 Cacio di Limburgo triturato.

N° 4 Cervello affatto fresco triturato di vitello o di maiale.

N° 5 Polvere fina di Cinabro.

Tutte le accennate sostanze erano sciolte nell'acqua, oppure sospese nella medesima. Le inalazioni erano fatte con le maggiori possibili cautele, aventi in mira la completa isolazione; ogni cane era rinchiuso solo in una cassa, dentro la quale per mezzo di un imbuto di vetro veniva dispersa a forma di finissima nebbia la massa occorrente mediante uno dei noti apparati di inalazione a vapore d'acqua. Per mezzo dell'apertura di spiragli veniva regolata la corrente di inalazione e la temperatura nella cassa che non saliva sopra i 22° e 26°.

Durante le inalazioni le casse non si trovavano in uno spazio dell'Istituto Patologico, ma libere pendevano dalle finestre in uno di quegli apparecchi che servono a simili scopi nei laboratorii chimici. Tanto quest'apparecchio, come particolarmente le casse stesse ed anche la camera contigua, erano frequentemente e ben bene lavate con liquidi disinfettanti.

Il risultato fu il seguente: un'eruzione di nodetti miliari avviene in tutti i casi, la medesima presenta graduazioni quantitative in modo che lo sputo del Tisico e del Bronchitico dànno

Digitized by Google

incirca l'istessa quantità di nodetti miliari. In seconda linea segue il polmone del cane che inalò il cacio, quindi quello che ebbe sostanza cerebrale triturata e finalmente quello che ebbe il cinabro mostra solo nodetti bianchi affatto scarsi con centro pigmentato; accinto però negli interstizi depositi di cinabro che non davano luogo ad alcuna sensibile reazione nel tessuto polmonare.

Qualitativamente io non potei riconoscere differenze istologiche fra i nodetti ottenuti colle varie sostanze inalate.

Comunicazioni più particolareggiate tanto sui risultati d'una sola insufflazione, quanto sulle suesposte inalazioni prolungate e sopra il loro rapporto colla tisi polmonare e colla tubercolosi seguiranno ben presto.

Dott. I. Fenolio.

NOTIZIE

Académie royale de médecine de Belgique
Programme des questions mises au concours.

1875-1878. — « De la détermination des principales maladies endémiques qui règnent en Belgique, mises en rapport avec la constitution géologique des lieux où elles sévissent ».

Prix : Une médaille de 1500 *francs — Clôture du concours :* 1^er^ *juillet* 1878.

1877-1879. — « Déterminer la nature des lésions anatomo-pathologiques des différentes maladies des centres encéphalo-rachidiens et des nerfs, y compris celles des affections désignées sous les dénominations de névroses et de névralgies ».

Prix : Une médaille de 1000 *francs. — Clôture du concours :* 1^er^ *février* 1879.

« Déterminer expérimentalement l'influence que la dessication, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal ».

Prix : Une médaille de 600 *francs. — Clôture du concours :* 1^er^ *février* 1879.

« Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre,

Digitized by Google

autant que possible, à la réponse des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies ».

Prix : Une médaille de 800 *francs. — Clôture du concours :* 1er *février* 1879.

1878-1879. — « Quels sont les rapports entre l'émigration des globules du sang et l'inflammation? »

Nota. La réponse doit être basée sur de nouvelles expériences et, au besoin, sur de nouvelles démonstrations.

Prix : Une médaille de 1000 *francs. — Clôture du concours :* 1er *janvier* 1879.

1878-1880. — « Faire l'histoire des rétrécissements du canal de l'urèthre chez l'homme, au triple point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la valeur relative des différents traitements préconisés ».

Prix : Une médaille de 800 *francs. — Clôture du concours :* 1er *janvier* 1880.

« Élucider l'histoire des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie ».

Prix : 5000 *francs. — Clôture du concours :* 1er *avril* 1880.

CONDITIONS DES CONCOURS.

Les mémoires doivent être lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand et adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Seront exclus du concours :

1° Ceux qui ne rempliront pas les conditions précitées ;

2° Ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement ;

3° Ceux qui auront été publiés même partiellement ou présentés à un autre corps savant ;

4° Ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations. Les concurrents sont donc tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront.

Les mémoires doivent être anonymes et revêtus d'une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président, qui proclame le lauréat séance tenante.

Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an.

Digitized by Google

Ce délai étant expiré, la récompense ne sera plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois le concurrent pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais, en fournissant au secrétaire de la Compagnie la preuve qu'il en est l'auteur.

L'impression d'un mémoire de concours ayant été votée, l'auteur recevra gratuitement cinquante exemplaires tirés à part de ce travail, et il aura la faculté d'en obtenir un plus gran nombre à ses frais.

N. B. Les membres titulaires et honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part aux concours.

PRIX DE 300 FRANCS.

L'Académie se réserve de décerner chaque année, *en dehors de ses concours*, deux prix de 300 francs chacun aux auteurs de deux des mémoires manuscrits, relatifs aux sciences médicales, qui lui auront été soumis.

Tous les travaux présentés pendant l'année seront renvoyés, dans ce but, à l'appréciation d'une Commission spéciale.

N. B. Les belges de naissance ou par naturalisation peuvent seuls participer à cette faveur, dont sont naturellement exclus les membres titulaires et honoraires de la Compagnie.

L'anonymie exigée pour les concours n'est point requise dans ce cas.

Bruxelles, le 1er février 1878.

Le Secrétaire de l'Académie
A. THIERNESSE.

NECROLOGIA

« *Dott.* **Arturo Menzel** *Medico-chirurgo primario* cessò di vivere nell'età di 33 anni il giorno 12 maggio 1878 nello Spedale « Augusta » a Berlino, dove si era recato per assistere al Congresso chirurgico.

« Il sottoscritto a nome del *Collegio medico dello Spedale civico di Trieste* partecipa a V. S. Ill^ma^ il doloroso avvenimento.

« Trieste, 13 maggio 1878.

« *Dott.* BRETTAUER *Presidente* ».

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 20ª settimana

dal 12 al 18 maggio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	8	3	11	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	1	1	» tubercolose, scrofolose	8	6	14
Lunghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	2	3	5	» nervose	3	»	3
Difterite e croup	»	5	5	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	»	»	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	»	1	» scirrose, cancerose	1	6	7
Morbillo	1	»	1	Dermatosi varie	1	1	2
Scarlattina	1	»	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.te e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	1	5	6	TOTALE	67	65	132
» miliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	»	»	Non appartenenti alla popolazione di Torino	8	9	17
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	1	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	2	»	2	TOTALE nella 20ª settim.na	75	74	149
Malattie dell'appar.° respiratorio	16	16	32	» nelle settim.e precedenti	1564	1602	3166
» dell'apparato dell'alimentazione	16	10	26				
» dell'app.° cardio-vasale	1	3	4	TOTALE complessivo	1639	1676	3315
» del sistema nervoso	3	5	8				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1424	1484	2908
Pneumatosi ed idropi	1	»	1				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 20ª settimana	62	64	126	1	6	7
Nelle precedenti	1291	1205	2496	123	80	203
TOTALE COMPLESSIVO	1353	1269	2622	124	86	210

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

SULL' EFFICACIA CURATIVA DELL' IODOFORMIO

Studi clinici e fisiologici

DI

JAC. MOLESCHOTT

(Continuaz. alla pag. 465, n. 15)

Da tutto quello che venne finora esposto, lo iodoformio appare un rimedio che potentemente risolve e determina l'assorbimento di elementi formativi e di raccolte trasudate. Ma a questi effetti unisce il pregio di sedare dolori.

L'insieme di questa efficacia si può verificare negli accessi della gotta. Mi fu dato soventi volte di vincere o di calmare assai i dolori più atroci ed altri fenomeni infiammatorii della gotta, dentro il tempo di 24 ore, col mezzo della pennellatura di collodio iodoformizzato.

Assai meno sicuro è il buon successo dell'iodoformio nel reumatismo cronico di più articolazioni, e pur troppo lo trovai affatto infedele contro i dolori del reumatismo articolare acuto.

Come rimedio sedativo lo iodoformio mi servì in un gran numero di neuralgie, fra le quali le intercostali,

Digitized by Google

cardiache, sciatiche ed articolari predominavano. Il più sovente lo feci applicare sciolto nel collodio, ma lo adoperava pure in forma di pomata.

In un caso la neuralgia intercostale era accompagnata di una miocardite sifilitica, senza vizio valvolare. L'ammalato in questione, un negoziante d'Alba, in seguito al più piccolo movimento, per una piccola passeggiata, soffriva affanno, vertigini, dolori spasmodici al cuore. Egli fu guarito mercè l'uso interno ed esterno dell'iodoformio, ma dovette continuare la cura, con brevi interruzioni, per più mesi. Internamente ne prendeva da 5 a 10 centig. nel tempo di 24 ore, in forma di pillole.

Frequentissimamente si presentano degli ammalati, i quali si lagnano di dolori intercostali nella regione del cuore, che s'irradiano verso la clavicola sinistra. Non di rado tali ammalati, per paura di una malattia di cuore sentono palpitazioni e si tormentano coll'idea di essere affetti di una cardiopatia, quantunque ne siano perfettamente immuni. Conforta assai simili pazienti, se una cura opportuna li libera presto dei loro dolori, e l'applicazione esterna dell'iodoformio raggiunge meravigliosamente questo scopo. Insieme coi dolori si vince presto il timore infondato di un vizio cardiaco.

Per quanto io voglia evitare di fare un'enumerazione completa dei servizi che lo iodoformio mi ha prestati, devo pure far breve menzione di un caso in cui guarì una vera neurite. Dessa si era formata come malattia consecutiva di una febbre tifoidea, presso un giovine, nel tronco del nervo sciatico sinistro. Quando l'ammalato mi pregò del mio soccorso, nell'autunno del 1870, le sue sofferenze avevano già durato parecchi giorni. La più leggera compressione del nervo produ-

Digitized by Google

ceva dolori intollerabili, e l'ammalato, che per altri rispetti poteva dirsi convalescente, era costretto a starsi immobile in letto. Il dolore si calmò presto coll'iodoformio, ma l'ammalato ritenne un tal grado di debolezza nella gamba, che per più settimane egli camminava sulle grucce, e non si rimise pienamente che in seguito ad un soggiorno prolungato a Nervi.

Un rimedio che riunisce in sè effetti antiflogistici, risolventi e sedativi, che abbraccia un campo d'azione che si estende dalla neurite sino alla neuralgia, dalla leuchemia sino alla meningite tubercolosa, dai linfomi sino alle raccolte in borse sierose, dagli accessi della gotta sino all'igroma, un rimedio che per la sua efficacia molteplice ed energica compete col chinino e coll' acqua fredda, lo iodoformio dovrebbe tenersi in conto di un rimedio miracoloso, se non avesse i suoi difetti come qualunque altra cosa buona. Per fortuna però questi difetti non faranno gran detrimento ai servizi che può rendere all' umanità che soffre.

Ora il difetto più importante dell'iodoformio è il suo odore penetrante, che s'impone molto di più quando lo si applica sciolto nel collodio che nell'uso della pomata. Questo odore è pure la conseguenza più spiacevole nei rutti, che qualche volta può determinare la propinazione interna.

Non si potrebbe dire invero che l'odore sia ributtante, ma, lo ripeto, esso s'impone assai. Nella soluzione del collodio ricorda il laboratorio di un fotografo. Chiunque lo abbia indosso, non può sfuggire alla domanda importuna, che razza di sostanza egli porti seco.

Egli è utile dunque di fare tutto il possibile per diminuire questo fastidio, e coll'intento di prevenirlo,

Digitized by Google

non mi perito d' insistere nelle seguenti minuziose cautele.

Do quindi il consiglio di conservare il vasetto colla pomata o la fiala col collodio iodoformizzato, fuori della finestra, dentro una capsula di latta ben chiusa, il che rallenta pure la decomposizione dell'iodoformio, che alla luce procede molto rapidamente. Le superficie cui venne applicato il rimedio si cuoprano di una foglia di gutta perca, che ora si trova sottilissima nel commercio, e si presta a molti usi in medicina. Finalmente, purchè non si richieda un'azione urgente, si limiti l'applicazione alla sera, dando la preferenza alla pomata, la quale all'indomani con un po'd'acqua e sapone si allontana abbastanza facilmente, per non lasciare alcun odore.

Altro difetto dell'iodoformio si è che qualche volta produce delle palpitazioni. Non già ch'io abbia fatto sovente questa sperienza, ma ripetutamente in una signora isterica, alla quale aveva prescritto l'uso interno, perchè soffriva di emicrania.

Ma questo difetto mi fece conoscere un vantaggio cospicuo, che io desidero vedersi confermare per ulteriori sperienze, riconoscendogli pure fin d'ora un valore così pregevole, che mi sembra dovere il vincere ogni scrupolo di rigore scientifico o personale ambizione, anzichè nascondere quel che ho potuto fin qui osservare per aspettare la conferma di osservazioni più numerose o l'illustrazione del fatto clinico per mezzo di studi sperimentali. Do la parola all'osservazione.

Erano più mesi che io curava la signora di un professore di lettere, per un'insufficienza mitrale, in cui non si era formata ipertrofia compensatrice del ventricolo sinistro. Aritmia del battito cardiaco era il

Digitized by Google

fenomeno più molesto che manifestava la stanchezza del muscolo cardiaco negli sforzi per vincere l'ostacolo cresciuto. Ne seguivano affanno, diminuzione d'orine, accessi nervosi, spossatezza, ambascie. Il polso radiale sovente appena si sentiva. Delle dosi piccolissime di digitale (un infuso di 30 o 40 centigrammi in 24 ore) più volte procurarono un miglioramento sensibile, ma il ventricolo male le tollerava, per cui si dovette sospenderle prima di aver raggiunto un vantaggio soddisfacente. Ricordandomi della sperienza sopracitata, ricorsi all'iodoformio, propinandone da 6 a 7 centigrammi al giorno in forma di pillole. Non appena l'ammalata le aveva prese per due giorni, trovai regolare la funzione del cuore ed il polso della radiale bene sviluppato. Il cuore, che prima sembrava aver rinunziato ad ogni specie di ritmo, aveva ripreso un battito regolare ed infondeva la quiete all'ascoltatore che tante volte col suo saltellare aveva inquietato. Ed il medesimo successo fu riportato più volte in questa ammalata, ad intervalli più o meno lunghi.

Dopo questa e simili osservazioni sorge giustificata la domanda, se lo iodoformio, amministrato internamente a dosi giornaliere di 5 o 10 centigrammi, non sia chiamato a gareggiare colla digitale, con quelle piccole dosi di digitale, m'intendo, che rendono più forti e più regolari i battiti cardiaci.

Non avendo l'intenzione di tentare una monografia sull' iodoformio, tralascio di fare la storia della sua letteratura. Il Professore *Binz* ricordò i meriti del *Maître,* del *Bouchardat,* del *Lazansky,* del *Pick,* ed

Digitized by Google

io non posso tacere i nomi di *Demarquay*, *Bouchut*, *Desprès*, *Völker*, *Eastalke*, *Greenhalgh*, *Nunn*, *Nieszowski*, *Hillairet*, *Lallier*, *Kennedy*, *Knotts*, *Hamilton*, *Condie*, *Izard*, *D'Amico*, *Coyne*, *Clemens*, che raccomandarono lo iodoformio contro le ulceri sifilitiche ed altre ulceri di lentissima cicatrizzazione, contro il cancro dell'utero, le fissure dell'ano, il vaginismo, e diverse malattie sia della prostata che della vescica. *Bouchardat*, nei suoi utilissimi Rapporti annui sui progressi della materia medica ha riportato le loro osservazioni (1). *Kennedy* però è il solo fra i medici sullodati che abbia toccato una parte del campo clinico che io ebbi da percorrere. Egli vanta l'efficacia dell'iodoformio per combattere neuralgie periodiche e febbri intermittenti. Ma nonostante le ripetute raccomandazioni dell'iodoformio, desse rimasero isolate, ed il prezioso rimedio è ben lontano dall'aver conquistato il posto che gli compete fra le risorse della medicina. A prova di ciò, basta citare le parole laconiche colle quali il *Nothnagel* ne fa menzione nel suo Manuale di materia medica. Dopo di aver trattato dei narcotici, egli dice: « Furono inoltre raccomandati l'aldeide, l'idruro di amile, il bromoformio, lo iodoformio (2) ». Così un valente clinico e fisiologo ne parlò nel 1870. In una nuova edizione del suo Manuale, pubblicata or ora, egli dedica qualche linea di più alla nostra sostanza, ma il suo giudizio per ora non è favorevole. « Si raccomandò, dicono *Nothnagel* e *Rossbach*, l'uso esterno dell'iodoformio in casi di

(1) A. Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène*. Paris, dal 1857 in poi.

(2) Nothnagel, *Handbuch der Arzneimittellehre*, Berlin, 1870, pag. 142: « Endlich sind noch empfohlen: Aldehyd, Amylhydrür, Bromoform, Jodoform ».

Digitized by Google

neuralgie, di tumori dolorosi e simili, ma non se ne riportarono particolari vantaggi (1) ». Per buona fortuna nell'ultimo luogo citato gli autori concedono almeno che si debbano desiderare sperienze più precise.

In vista di tali apprezzamenti, non posso rinunziare alla riproduzione di un caso riferito dal *Binz* ed osservato da *Guglielmo Busch*, professore di chirurgia a Bonna, perchè l'autorità, di cui meritamente gode questo illustre clinico, mi sembra dover attirare l'attenzione generale dei medici sull'efficacia dell'iodoformio.

« A. X., una ragazza robusta, ma molto sensibile di « 11 anni, fu affetta nel 1874 di herpes zoster, dopo di « aver sofferto alcuni giorni prima di neuralgia inter- « costale. Dopo un anno i dolori si fecero recidivi, e « nel mentre crescevano periodicamente, si diffonde- « vano ad altri nervi. Soffriva torpore e formicolio « nelle gambe e nelle braccia, polso raro, eretismo dei « nervi ottici ed acustici, negli accessi più gravi al- « lucinazioni e fantasie. Tre o quattro vertebre tora- « ciche erano assai dolenti al contatto. L'uso esterno « di tintura di iodio, bagni di camomilla, il chinino, « le iniezioni di morfina, ecc., tutto fu inutile. L'unico « palliativo era l'applicazione prolungata della borsa « con ghiaccio sulla schiena ».

« Le sofferenze avevano durato per 6 mesi. Si som- « ministrarono 2 centigrammi di iodoformio, tre volte « al giorno. Dopo alcuni giorni i dolori cessarono, lo « stato generale migliorò. Ad intervalli più o meno « lunghi alcuni sintomi tornarono, ma assai più de- « boli di prima, per cedere all'uso dell'iodoformio ».

(1) Nothnagel und Rossbach, *Handbuch der Arzneimittellehre*, 3 Auflage. Berlin, 1878, pag 351: « Therapeutisch ist das Jodoform zum äusseren Gebrauch bei Neuralgieen, schmerzhaften, Geschwülsten und dgl empfohlen, aber ohne besondere Vortheile ».

Digitized by Google

« Così procedettero le cose. Ogni qualvolta il male « richiedeva la propinazione del rimedio, l'effetto sa- « lutare che se ne riportava doveva con evidenza » attribuirsi all'iodoformio.

« La bambina lo prendeva in pillole. Il suo alito « sentiva di iodoformio, ma altro inconveniente non « fu osservato » (1).

Più convinto di me, nessuno potrà leggere questa storia di malattia e della sua guarigione col rimedio cui sono dedicate queste pagine.

Ora si solleva il problema di spiegare gli effetti potenti e molteplici dell'iodoformio.

Per la parte che se ne deve attribuire all'azione dell'iodio, sembra importare in ispecie, che lo iodoformio si decompone facilissimamente, sprigionando dell'iodio. Questa decomposizione si manifesta senz'altro per il colore bruno che rapidamente assumono le soluzioni alcooliche, eteree, oleose dell'iodoformio, come pure il collodio e l'unguento iodoformizzati. Probabilmente si è il così detto *status nascens* dal quale si deve ripetere la maggiore energia dell'iodio.

Altra ragione della più grande efficacia deve risiedere nel lungo soggiornare dell'iodoformio nell'organismo.

Il *Binz* racconta che il Dottore *Siegen* avendo ingoiato 20 centigrammi di iodoformio in una sola volta, dopo 90 minuti poteva facilmente rintracciare del l'iodio nelle orine, trattandole con acido nitrico impuro e salda d'amido (2). *Maître* verificò il passaggio di

(1) W. Busch, nella memoria di Binz, l. c., p. 310.
(2) Binz, l. c., p. 319.

Digitized by Google

iodio nelle orine e nella saliva due ore dopo la propinazione di 30-40 centigrammi di iodoformio (1).

Io stesso, contando 55 anni, avendo preso internamente 20 centigrammi di iodoformio, trovai dopo 15 minuti dell'iodio nelle orine. I miei assistenti, i professori *Fubini* e *Pagliani*, avendo preso ugual dose, lo riscontrarono, il primo, dell'età di 34 anni, dopo 25, il secondo dell'età di 30 anni, dopo 20 minuti. *Fubini* ed io prendemmo lo iodoformio un quarto d'ora dopo colazione, *Pagliani* invece 5 ore e 1[2 dopo di aver mangiato. Tutti e tre ingoiammo il rimedio in forma di pillole con estratto di lattuca sativa. Come *Maître*, *Pagliani* nel mio laboratorio riscontrò dell'iodio nella sua saliva 2 ore dopo di aver preso la dose predetta, senza aver con ciò determinato il tempo minimo in cui il passaggio abbia luogo.

Già il *Maître* ebbe da constatare che dopo l'amministrazione di iodoformio l'eliminazione dell'iodio per le orine non termina che dopo tre giorni. Io stesso, in una mia ammalata, che in cinque giorni aveva preso 75 centigrammi di iodoformio, ottenni una traccia di reazione iodica delle orine ancora quattro giorni dopo l'amministrazione dell'ultima dose. Avendo preso i 20 centigrammi di cui sopra, *Fubini* trovò dell'iodio nelle sue orine dopo tre, *Pagliani* ed io ancora dopo 5 giorni.

Se invece dell'iodoformio s'introduce dell'ioduro di potassio, allora lo iodio appare e scompare più rapidamente nelle orine. Imperocchè il *Ranke* lo rintracciò digià dopo 3 minuti e mezzo, *J. A. Mulder*, in un caso di prolasso della vescica, dopo 5 minuti e cinque secondi, e mentre quest'ultimo lo ritrovava sempre

(1) Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique pour* 1869, Paris 1869, p. 200.

Digitized by Google

ancora dopo 24 ore, dopo 32 ore lo cercò mai sempre invano (1). *Scivoletto*, avendo ingoiato 15 centigrammi di ioduro di potassio, verificò la presenza dell'iodio nelle orine, soltanto dopo 15 o 20 minuti, non più invece dopo 36-48 ore (2).

Eziandio dopo l'applicazione esterna dell'iodoformio si trova dell'iodio nelle orine.

Io ottenni dei risultati positivi anche dopo una sola unzione colla pomata iodoformizzata, e così pure dopo un'unica pennellatura colla soluzione di iodoformio nel collodio elastico. L'applicazione venne fatta nella regione inguinale destra di un uomo che contava 49 anni. La regione sperimentata aveva l'estensione di una buona mano d'uomo, la si copriva di guttaperca, e questa di un tovagliolo che si fissava con una fascia sotto le mutande ed il pantalone. Così si moderava almeno l'inspirazione di iodoformio svaporato, senza però renderla impossibile, sovratutto dopo l'uso del collodio iodoformizzato, imperocchè nelle prime dodici ore, l'ambiente della persona che si prestava alla sperienza aveva forte odore di iodoformio. Dalle sperienze di *Binz* e *Moeller* risulterebbe tuttavia che gli organi respiratorii ne assorbono poco (3). Si richiedono però ulteriori ricerche in proposito. Imperocchè se il coniglio e la rana di *Binz*, quantunque rimanessero per 8-9 ore in un'atmosfera pregna di iodoformio, non manifestavano segni di narcosi, ciò non esclude

(1) F. C. Donders, *Physiologie des Menschen, Deutsche Originalausgabe von* Fr. Wilh. Theile. Leipzig, 1859, p. 497.

(2) Pietro Scivoletto, *Metodo per iscoprire prontamente nell' orina ed in varii liquidi animali la presenza degli ioduri alcalini* (*Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino*, 1862, N. 14).

(3) Binz, l. c., p. 314.

Digitized by Google

che dell'iodio potesse aver penetrato nel loro sangue e nelle loro orine.

Dopo una sola unzione, nella quale si consumarono circa 20 centigrammi di iodoformio, lo iodio nelle orine non si rivelò che dopo 25 ore. La più forte reazione si otteneva dopo 60, 72, e 84 ore; trascorse 88 ore e 1[2 si era fatta più debole, dopo 120 ore, ossia dopo cinque giorni, si distingueva ancora, ma non più quando 132 ore erano spirate.

Lo iodio essendo del tutto scomparso dalle orine, si applicò col pennello del collodio iodoformizzato nella stessa regione ed in uguale estensione. Soltanto 53 ore di poi si manifestava lo iodio nelle orine, si poteva rintracciarlo ancora dopo quattro giorni, ma non più tardi.

Non devo tacere che la quantità di iodoformio, applicata in una volta col collodio, era appena la metà di quella adoperata nell'unica unzione coll'unguento.

Ultimamente ebbi occasione di ordinare delle unzioni con pomata di iodoformio ad un signore che aveva avuto due colpi di apoplessia con emiplegia destra. Nella fronte, sulle tempie, dietro le orecchie, nella nucca e nelle piante dei piedi si unse tanto, che giornalmente si consumò all'incirca 1 gramma di iodoformio con 15 grammi di sugna. Se non per l'intelligenza che era molto depressa, l'ammalato ne ebbe grandi vantaggi per i movimenti. Avendo sospeso l'applicazione, potei rinvenire dell'iodio nelle orine ancora cinque giorni dopo l'ultima frizione.

Le mie sperienze dimostrano quindi indubitabilmente, che l'applicazione ripetuta dell'unguento o del collodio iodoformizzato introduce nell'organismo delle quantità apprezzabili di iodoformio, il cui iodio si ritrova nelle orine, sebbene dopo un'unica applicazione

Digitized by Google

vi appaia tardi, uno e perfino due giorni, cioè, dopo l'unzione e la pennellatura.

Questa tarda comparsa dell'iodio nelle orine può forse spiegare che il *Righini*, così benemerito per le informazioni che ha dato sull'iodoformio, dopo l'applicazione esterna non lo riscontrasse nelle orine (1).

Egli è poi assai importante di non troncare la ricerca dopo il primo risultato negativo. Ci è capitato più volte che delle orine che dapprima avevano dato reazione di iodio, per delle ore si comportavano negative, e poi di nuovo contenevano dell'iodio, sebbene non fosse applicata altra dose di iodoformio.

Poichè lo iodio dopo l'uso esterno dell'iodoformio così tardi appare nelle orine e tardi ne scompare, al punto che io lo poteva rintracciare fino a 5 giorni dopo l'ultima applicazione, egli è evidente che le orine raccolte in un dato momento non ne possono contenere che una piccola proporzione.

Per dimostrarlo in tal caso verso della salda d'amido in un piccolo tubetto d'assaggio, vi aggiungo l'acido nitrico contenente acido iponitrico, e poi faccio colare adagio adagio l'orina da indagarsi sopra la colonna dei liquidi più densi. Allora, se l'orina contiene dell'iodio, sul limite inferiore di essa appare una striscia azzurra o violacea di facile osservazione.

Qualora non si dispone che di una piccolissima quantità di liquido, di un poco di saliva per esempio, riesce molto spiccio il metodo di *Scivoletto*, il quale consiste nel prendere una striscia di carta ben inamidata e poi essicata, impregnarla con vapori di acido iponitrico e quindi toccarla con una goccia del liquido in disamina. Conviene scegliere una carta priva

(1) Binz, l. c., p. 312.

Digitized by Google

di colla che abbia un po' di corpo, far bollire una parte di fecola con 100 di acqua, filtrare il decotto e saturare il filtrato con cloruro di sodio perchè meglio si conservi (1). Taglio le striscie di carta di conveniente grandezza prima d'imbeverle, affinchè l'amido vi si diffonda uniformemente, ed essicate che siano, ne sospendo una per mezzo di un sughero nel collo di un matraccio, che contenga dell'acido nitrico con acido iponitrico. Dopo qualche ora tali strisce sono sensibilissime per dimostrare la presenza dell'iodio in una sola goccia del liquido rispettivo, che vi produce una macchia azzurra od azzurognola.

Si deve ammettere che lo iodoformio, prima che il suo iodio appaia nelle orine, abbia subìto una decomposizione che in fine conduca alla formazione di un ioduro metallico, probabilmente a quello di sodio. Egli è ben vero, secondo *Righini*, che lo iodoformio non è assolutamente insolubile nell'acqua, ma 1 parte di esso richiede non meno di 5000 parti di acqua per sciogliersi (2). Senonchè le orine, per quante volte le esaminassi dopo l'uso interno od esterno dell'iodoformio, non rivelavano mai menomamente l'odore di questa sostanza, che io, per parte mia, trovo troppo penetrante e caratteristico, per paragonarlo a quello dello zafferano, paragone che si fa dagli autori e che pure spontaneo venne profferito da qualche mio ammalato. Si aggiunga che la dimostrazione dell'iodio riesce meglio nelle orine concentrate per evaporazione e scolorate col mezzo del carbone animale, mentre l'evaporazione avrebbe pur dovuto allontanarne lo iodoformio.

(1) Dammer, *Kurzes chemisches Handwörterbuch*. Berlin, 1876, p. 356.
(2) Righini, *Farmacopea popolare*. Torino, 1866, p. 438.

Digitized by Google

Mi sia lecito riassumermi brevissimamente.

Dopo l'uso esterno od interno dell'iodoformio, si trova dell'ioduro nelle orine, assai più tardi però dopo quello che dopo questo. Sia nell'uno che nell'altro caso l'eliminazione completa dall'organismo richiede molto tempo, di modo che ancora dopo 4 o 5 giorni si possono rinvenire delle tracce di iodio nelle orine.

Fratello del cloroformio, lo iodoformio in molti casi ha i migliori pregi di un narcotico, ma alla qualità di lenire dolori aggiunge in sommo grado gli effetti di un potente preparato iodico. Nè lo ioduro di potassio, nè lo iodio puro possono paragonarsi all'iodoformio, quando si prende di mira l'efficacia di risolvere e fondere, di sciogliere e promuovere l'assorbimento di tumori o trasudamenti.

Sembra probabile che gli effetti sorprendenti dell'iodoformio si debbano attribuire alla facilità con cui lo iodio se ne sprigiona, di modo che questo in istato nascente agisca negli elementi dell'organismo.

Nonostante gli inconvenienti che non ho voluto tacere, oso promettere a questo rimedio un grande avvenire.

Torino, 22 aprile 1878.

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Tecnica necroscopica (*Continuazione alla pag.* 475, *N.* 15).

Cavità addominale. Nell'esame dei visceri di questa cavità si dovrà sempre procedere in modo che l'esportazione di un organo non impedisca le ricerche sulle sue connessioni cogli altri visceri,

Digitized by Google

e perciò l'Autore, ove alterazioni morbose non impongano un ordine speciale, consiglia cominciare dall'epiploon e di esaminare successivamente la milza, il rene sinistro colla sua capsula, l'uretere, il rene destro, la vescica orinaria, la prostata, le vescichette seminali, l'uretra, i testicoli, i cordoni spermatici, il pene, la vagina, l'utero, le tube, le ovaia ed i legamenti, il retto, il duodeno, la porzione intestinale del condotto colledoco, lo stomaco, il legamento epato-duodenale, i condotti biliari, la vena porta, la cistifellea, il fegato, il pancreas, il ganglio celiaco, il mesenterio, le ghiandole linfatiche, ecc., l'intestino tenue e crasso, le ghiandole linfatiche entroperitoneali, la cisterna del Pecquet, l'aorta, e finalmente la cava inferiore.

La milza si misura in sito, ed, estratta, si taglia in senso longitudinale, e se vi sono punti alterati, in più direzioni, il contenuto sanguigno vuole essere descritto. Il rene si scopre dividendo il peritoneo dietro il colon con un lungo taglio verticale, e s'esporta. Praticata quindi l'incisione della capsula lungo il margine convesso del viscere, lo si fa sgusciare, e se ne determina la grandezza, la forma, il colore, il contenuto sanguigno e le alterazioni; e finalmente con un taglio longitudinale si arriva ai bacinetti, e si descrive le due sostanze, corticale e midollare ed i vasi.

Gli organi del bacino (vescicaretto colle parti genitali adiacenti) s'esportano tutte assieme, dopo aver però aperta la vescica e notatone il contenuto. L'apparato genitale si studia l'ultimo, facendo precedere l'apertura della vagina a quella dell'utero.

Nei cadaveri delle puerpere saranno esaminati con attenzione i vasi venosi e linfatici dell'utero e delle parti contigue, specialmente in rignardo al diametro ed al contenuto.

Il ventricolo ed il duodeno si spaccano in sito colle forbici e con un atto solo, il ventricolo, lungo la maggior curvatura, ed il duodeno dal suo lato anteriore. e dopo avere esaminato il loro contenuto e lo stato delle vie biliari, si esportano per le indagini ulteriori.

Il fegato si descrive in sito per ciò che riflette l'aspetto esterno e le vie escretorie, e quindi s'esporta, e con lunghi tagli trasversali se ne indaga il contenuto sanguigno e lo stato del parenchima, non omesso l'esame esterno ed interno dei lobuli.

Digitized by Google

Virchow consiglia di lasciar ultimo l'esame del fegato, perchè coll'esportazione di questo viscere s'intaccano le grosse vene ed il legamento epato-duodenale. Il Lombroso osserva che entrambe queste parti sono nella maggioranza dei casi di poco interesse pel medico legale; ma siccome il metodo del Virchow è scevro d'inconvenienti, lo considera più corretto e preferibile.

Gli intestini, esaminati in sito rispetto all'estensione ed al colore, s'esportano separandoli col coltello dal mesenterio, e quindi si spaccano colle forbici sulla linea d'inserzione col mesenterio, badando al contenuto delle singole porzioni. Ciò fatto, si puliscono e si osservano partitamente, facendo speciale attenzione nell' intestino tenue alle placche del Peyer, ai follicoli solitari, ai villi ed alle pieghe. Nei casi di peritonite si esamina minutamente l'appendice cecale. « Nei sospetti d' avvelenamento, l' esame interno (così dice l'autore) comincia dalla cavità addominale. Anche qui, prima di qualsiasi manipolazione, bisogna notare l'aspetto esterno della superficie dei visceri addominali, la loro posizione ed estensione, la pienezza dei loro vasi e l'odore.

« Rispetto ai vasi, bisogna qui distinguere bene, come per gli altri organi più importanti, se si tratti di arterie o di vene, se anche le minime ramificazioni o solo i grossi tronchi e quelli di un certo calibro siano ripieni e se la dilatazione del lume vasale sia notevole o no. Quindi si allaccia la parte inferiore dell' esofago immediatamente al disopra del cardias, come pure il duodeno al disotto dello sbocco delle vie biliari con una doppia legatura, e si tagliano fra di esse questi due organi. Nell'esportare poi lo stomaco in un col duodeno si deve con somma cura evitare qualunque lesione dei medesimi.

« Si esamina quindi il contenuto, riguardo alla quantità, al grado di consistenza, al colore, alla composizione, alla reazione, all'odore, ponendolo in un vaso, polito, di porcellana o di vetro.

« Detersa la mucosa, se ne osserva parte per parte lo spessore, il colore, il grado di consistenza, la superficie, ponendo mente ancora allo stato dei vasi sanguigni e alla cedevolezza della mucosa. In modo speciale si deve rilevare se il sangue trovato sia contenuto nell'interno dei vasi o stravasato, se esso sia fresco o alterato per putrefazione o altro, ed in questo ultimo caso se infiltrato nei tes-

Digitized by Google

suti vicini (imbibizione). Se fosse stravasato si dirà dove si trovò, se alla superficie o nell'interno dei tessuti, se coagulato o no, ecc.

« Finalmente si deve mettere una speciale diligenza nella ricerca della continuità dei tessuti, se cioè vi siano perdite di sostanza, erosioni, ulcerazioni, senza dimenticare mai possibilità che certe alterazioni possono essere la conseguenza del processo ordinario di putrefazione, massime sotto l'azione del fermento delle materie contenute nello stomaco.

« Terminate queste ricerche, si mette lo stomaco col duodeno, nello stesso vaso in cui si è posto il loro contenuto e lo si consegna al giudice per le ulteriori investigazioni. Allacciato l'esofago in vicinanza del collo e tagliatolo al disopra della legatura se ne fa un esame anatomico e quindi lo si pone nello stesso vaso suddetto. Si dovrà pur conservare il contenuto del digiuno in caso che vi sia passato un po' del contenuto del ventricolo.

« Finalmente si dovranno, pur, raccogliere le altre sostanze e parti di organi, come sangue, orina, pezzi di fegato, di reni, ecc., e consegnarli al giudice per le ulteriori investigazioni. Per l'orina occorre un vaso speciale, pel sangue l'occorrerà solo nel caso in cui si debba ricorrere all' analisi spettroscopica. Tutte le altre parti si conservano in un vaso solo.

« Ciascuno di questi vasi sarà chiuso, sigillato e bollato.

« Se l'esame ad occhio nudo ci riveli nella mucosa del ventricolo qualche intorbidamento o tumefazione si dovrà al più presto possibile istituirvi una ricerca microscopica, massime circa le condizioni delle ghiandole a pepsina.

« Anche nei casi in cui si trovino, nel ventricolo, sostanze sospette, ad es., residui di foglie e d'altre parti vegetali, o di alimento animale, si dovranno assoggettare ad un esame microscopico.

« Nel sospetto di un avvelenamento per trichine sarà mestieri occuparsi prima dell'esame microscopico del ventricolo e della porzione superiore dell'intestino tenue; quindi procedere ad un minuto esame di una parte della muscolatura (diaframma, muscoli del collo e toracici) ».

In riguardo ai neonati sarà inoltre necessario stabilire se sieno maturi e se abbiano respirato. Per risolvere il primo quesito si baderà alla lunghezza ed al peso del feto, allo stato dei tegumenti e

Digitized by Google

del cordone ombelicale, alla lunghezza dei capelli, alla larghezza della fontanella. ai diametri longitudinali, trasversale e diagonale del capo, allo stato degli occhi (membrana pupillare), delle cartilagini del naso e degli orecchi, alla lunghezza e consistenza delle unghie, al diametro bisacromiale e bitrocanterico, nei maschi allo stato dello scroto ed alla posizione dei testicoli, e nelle femmine alla conformazione delle parti genitali esterne.

Importa anche di osservare se nell'epifisi inferiore del femore si trovi un nucleo di ossificazione, e quali sieno le sue dimensioni. Aperto perciò e piegato fortemente il ginocchio, si esportano i dischi interarticolari, e quindi si taglia a strati sottili la cartilagine finchè si giunga al massimo diametro trasverso del nucleo di ossificazione, se pure esiste. e se ne dà la misura in millimetri.

« Stabilito che il bambino sia nato al di là della 30ª settimana (parole dell'Autore) si dovrà cercare se esso abbia respirato durante il parto o dopo di esso, cioè si dovrà istituire la docimasia col seguente ordine di prove:

« *a*) Già nell'apertura della cavità addominale si noterà il livello del diaframma rispetto alle coste corrispondenti e quindi nei neonati si aprirà sempre per primo ed isolatamente il cavo addominale e dopo soltanto la cavità toracica e la cranica (1).

« *b*) Prima di aprire la cavità toracica si farà l'allacciatura della trachea al disopra dello sterno.

« *c*) Aperta la cavità toracica si noterà l'estensione dei polmoni e conseguentemente la loro posizione (questa sopratutto in rapporto col pericardio), così pure il loro colore e la consistenza.

« *d*) Si apre il pericardio e si determina il suo stato insieme all'aspetto esterno del cuore.

« *e*) Si aprono le singole cavità cardiache, fissando il loro contenuto e le altre speciali circostanze.

« *f*) Con un taglio longitudinale si apre la laringe e la parte della trachea al disopra della legatura e si esamina il loro contenuto eventuale e lo stato delle loro pareti.

(1) Con ciò non s'intende menomamente di consigliare la sezione degli organi del cavo addominale prima dell'apertura e dell'esame del cavo toracico.

Digitized by Google

« *g)* Si taglia la trachea al disopra della legatura e la si esporta insieme a tutti gli organi toracici.

« *h)* Tolto via il timo ed il cuore si mette il polmone in un vaso pieno di acqua fredda per vedere se galleggia.

« *i)* Si spacca la porzione inferiore della trachea e le sue ramificazioni per esaminarne in special modo il contenuto.

« *k)* Si fanno dei tagli in entrambi i polmoni per rilevare se vi sia una sensibile crepitazione, come pure la quantità e la natura del sangue cacciato fuori con una leggiera pressione sulla superficie del taglio.

l) I polmoni si devono pure tagliare al disotto del livello dell'acqua per osservare se dalla superficie del taglio non venga su qualche bollicina d'aria.

« *m)* Si divideranno ancora i due polmoni prima nei singoli lobuli, poscia in minuti pezzettini, provando se fra tutti questi ve ne fossero alcuni che galleggiassero.

« *n)* Si apriranno le fauci per esaminare in che stato si trovino.

« *o)* Finalmente se insorgesse il dubbio che il polmone non sia stato in grado di aspirar l'aria perchè gli alveoli erano pieni di sostanze morbose (epatizzazione) o di corpi stranieri (muco, meconio), si dovrà procedere ad un esame microscopico.

« *Altre ricerche.* - Per ultimo i periti sono nell'obligo di istituire un esame anche degli organi, non specialmente accennati qui, nel caso che essi presentassero qualche lesione o altra anomalia.

« *Chiusura del cadavere sezionato.* - Al chirurgo perito incombe l'obbligo di procedere ad una chiusura secondo l'arte della cavità del corpo, dopo aver terminata la perizia e riaccomodati per quanto sarà possibile i vari organi ».

Relazione del protocollo e del rapporto sulla perizia. Il protocollo conterrà letteralmente il risultato tecnico della perizia in tutte le sue parti e sarà dettato in modo chiaro ed intelligibile anche ai non medici, evitando, per quanto possibile, i termini tecnici stranieri.

In Germania si segna colla lettera A l'esame esterno — colla lettera B l'esame interno — colle cifre romane I e II il rapporto sulle cavità riunendo nello stesso numero la toracica e l'addominale, e colle cifre arabiche le relazioni sulle singole parti.

Digitized by Google

I termini vaghi non sono ammessi; e parlerebbe vagamente chi dicesse: *tessuto infiammato, gangrenato, povero o ricco di sangue, ferita, ulcera e simili.* È dovere il descrivere; e se per la chiara intelligenza di un reperto è necessario il disegno, lo si produrrà tra parentesi. Finita la perizia, si dà nel protocollo un giudizio presuntivo, non però motivato, e se più tardi risulterà di fatti che lo modifichino, si menzioneranno.

Nel rispondere alle domande speciali del giudice, si farà cenno delle interrogazioni. In ogni caso, il perito determinerà prima la causa della morte, e giudicherà poi se la morte fu effetto di reato.

Se la causa della morte non fu trovata, lo si dichiarerà esplicitamente; e quando occorrono ulteriori ricerche tecniche o si sta in dubbio, il giudizio sarà riservato, e si darà le ragioni della riserva.

Ove si trovi una lesione che si creda causa della morte ed effetto di strumento trovato, il perito, sull'istanza del magistrato, enumera le ferite che possono inferirsi collo strumento, e dice se la lesione del cadavere gli si possa attribuire; e nel caso affermativo giudicherà dalla posizione e dalla natura di esso, del modo e della forza con cui fu fatta. Se lo strumento manca, dirà, possibilmente, quale fu, e come usato.

Relazione della perizia. Quando il giudice chiede un parere motivato, il perito farà un'esposizione breve ma completa del caso, appoggiandosi, per quanto possibile, ai fatti; e quindi raccoglierà il protocollo dell'atto giudiziario nei limiti indispensabili alla chiara intelligenza delle cose, notando le possibili divergenze tra l'esposizione ed il protocollo.

La relazione della perizia vuol essere chiara e concisa; ed i motivi del giudizio saranno sviluppati per modo da convincere anche i non medici.

Di regola, non si fanno citazioni d'autori.

Alle domande del giudice si daranno risposte dirette e letterali, e se ciò non è possibile, se ne diranno le ragioni.

Digitized by Google

Du traitement du mal de Pott et de la scoliose par la suspension et le bandage plâtré d'après la méthode du Professeur Sayre, de New-York, *par le Dr.* DUPLAY. (*Archives gén. de Médecine*). — Nella cura della malattia di Pott, e della scoliosi, quantunque si sieno già fatti progressi considerevoli, la perfezione tuttavia è ben lungi d'esser stata raggiunta; l'influenza dei mezzi igienici nella scoliosi, degli esercizi ginnastici, dell'idroterapia è universalmente riconosciuta; gli apparecchi destinati a raddrizzare la curvatura laterale del rachide, ed a sostenere il lato debole sono eziandio più semplici; ma sono costosi, ed esigono una sorveglianza quasi continua, e la maggior parte inoltre non ottengono lo scopo desiderato perchè non hanno che un'azione molto indiretta, che s'esercita per mezzo di una delle spalle, la quale può innalzarsi considerevolmente senza che per nulla sia modificata la curva del rachide stesso. Il problema consiste perciò nel trovare un'apparecchio semplice, poco costoso che permetta di correggere la deviazione o di mantenere rigorosamente la riduzione ottenuta con diverse manovre.

L'A. si associa all'opinione di quelli, che per soddisfare alla principale indicazione nella cura della malattia del Pott, di immobilizzare completamente il rachide per prevenire la pressione reciproca dei corpi vertebrali, preferiscono che gli ammalati si alzino e camminino, cercando di ottenere l'immobilizzazione con apparecchi più o meno complicati e dispendiosi, i quali prendendo il loro punto d'appoggio sul bacino hanno la pretensione di sostenere la colonna vertebrale agendo sulle spalle: — Altri invece condannano gli ammalati ad un riposo assoluto, in una posizione orizzontale, con o senza un apparecchio contentivo, quale si è l'apparecchio di Bonnet per mesi ed anni, non preoccupandosi degli inconvenienti della dimora prolungata al letto, e della mancanza d'esercizio all'aria libera.

Il prof. Sayre di New-York col suo metodo di cura che impiega con gran successo da più anni fece fare un vero progresso alla scienza. Desso venne da lui esposto nell'agosto del 1871 al congresso di Manchester, e descritto in un piccolo libro stampato a Londra.

Digitized by Google

L'Autore espone dapprima la cura locale della malattia di Pott, indi quella della scoliosi.

Cura della malattia di Pott. — Sayre fa precedere nel suo libro alla descrizione del suo metodo di cura alcune considerazioni sulla patogenia, cause e sintomatologia di detta affezione. Alcune di esse riferentesi al modo d'esame del rachide nei piccoli ragazzi sono molto importanti.

Coricando il piccolo ammalato sulle ginocchia per traverso, la faccia volta in basso, le braccia pendenti da un lato e le gambe dall'altro, il chirurgo allontana le coscie e determina l'estensione della colonna vertebrale, l'ammalato fa una lunga inspirazione seguìta da un profondo sospiro di sollievo, e finchè dura l'estensione la respirazione è ampia e facile. — Cessando l'estensione ridiviene inceppata, accompagnata quasi da una specie di grugnito.

Una leggiera pressione sulle apofisi spinose quando l'ammalato sta coricato sulle ginocchia agisce come l'estensione, e gli reca un sollievo. Sospendendolo per le braccia si ottiene un effetto analogo: il dolore è attenuato, la respirazione è più ampia, la paralisi delle membra inferiori quando esiste diminuisce. — L'influenza favorevole dell'estensione si spiega col fatto che il raddrizzamento del rachide diminuisce la pressione reciproca delle superficie ossee, e così fa cessare o attenua il dolore e le contratture riflesse di questa pressione anormale.

Ora l'estensione del rachide, una volta ottenuta, deve essere mantenuta col mezzo d'un apparecchio che operi non già sulle spalle, che hanno un punto d'appoggio instabile, ma sul tronco stesso. — Questo apparecchio chiamato da Sayre *corset platrè* (plaster of Paris jacket) consiste in una fasciatura ingessata che abbraccia la più gran parte del tronco dal bacino fino alle ascelle.

Prima di procedere all'estensione il D. Sayre applica una sottile lamella di piombo sulle apofisi spinose e su tutta la lunghezza del rachide, in modo da permettere di riprodurre su un foglio di carta la forma esatta della deviazione. — Si potrà poscia paragonandola con quella presa in seguito all'estensione determinare rigorosamente i risultati ottenuti.

Per ottenere l'estensione si serve d'un apparecchio speciale

Digitized by Google

consistente in un arco di ferro, alle cui estremità si attaccano due correggie munite di un cuscino e formanti ansa destinate a passare sotto ciascuna ascella; due altre correggie che partono pure alle due estremità dell'arco sostengono una specie di collare sul quale deve riposare il mento; all'arco di ferro si adatta una puleggia, di cui l'estremità superiore è fissata alla volta della camera, o alla sommità d'un tripiede speciale di circa 10 piedi di altezza.

A formare poi la giubba ingessata, Sayre impiega delle fascie di garza grossolana o di percallo, di due o tre metri di lunghezza su sei od otto centimetri di larghezza, secondo la statura degli individui, delle quali si serve come nelle fasciature ingessate. Allo scopo di rinforzare la fasciatura fa inoltre uso di lamine di ferro bianco, strette, sottili e flessibili a margini aspri, poste da ciascun lato del corpo fra i giri delle fascie. — In tal modo si può evitare di dare un peso troppo considerevole all'apparecchio senza nuocere alla sua solidità.

La superficie deve esser protetta da una camicia o da un giubbettino, senza maniche, ma provvisto di brettelle che devono essere legate sulle spalle. Si sospende da principio l'ammalato coll'apparecchio descritto fino al punto in cui i piedi lasciano il suolo e prima ancora d'applicare la fasciatura gessata si mette tra la camicia e la pelle un piccolo cuscino fatto di cotone avvolto in un fazzoletto, a forma di cono con apice diretto in basso, prima che il gesso s'indurisca esso vien tolto ed è destinato a lasciare uno spazio vuoto per l'espansione del ventre dopo il pasto, e vien chiamato da Sayre *diuned pad.* È sempre bene inoltre che l'ammalato faccia un buon pasto prima dell'applicazione dell'apparecchio.

Se a livello delle apofisi spinose molto sporgenti, sono per qualche causa le parti molli più o meno infiammate, esse devono esser protette da piccoli cuscini di cotone, o da dita di guanti pieni di lana e posti da ciascun lato della sporgenza anormale. — Le spine iliache, affinchè sieno libere da qualunque pressione devono esser protette da cuscini di pannolini a più doppi, che vengono tolti prima che il gesso s'indurisca. — Nelle ragazze avanti ciascuna mammella vengono pure applicati cuscini che si tolgono

Digitized by Google

prima dell'indurimento dell'apparecchio, avendo cura di esercitare una leggiera pressione a livello dello sterno, allo scopo di deprimere la parte centrale della fasciatura ed evitare così la compressione delle mammelle.

Prendendo tutte queste precauzioni si eseguisce la fasciatura portando i primi giri di fascia attorno alla parte più stretta del tronco, poscia discendendo fino alle spine iliache e rimontando fino alle ascelle; in seguito vengono applicate le lamine di ferro da ciascun lato della colonna vertebrale e ricoperte da nuovi giri di fascia. La fasciatura è ben tosto indurita di modo che l'ammalato viene tolto dall'apparecchio a sospensione e posto su un materasso. Se la malattia di Pott si accompagna di ascessi, fistole, si devono fare delle finestre nella fasciatura per permettere lo scolo del pus e le necessarie medicazioni.

Naturalmente quando sono interessate le vertebre cervicali, detta fasciatura serve a nulla, od è insufficiente; a ciò rimediò Sayre con un nuovo apparecchio che mantiene fissa ed immobile la parte cervicale della colonna vertebrale. — Consiste esso in due pezzi di ferro malleabile, uniti assieme, che s'adattano colla loro curva esattamente al dorso: dalle parti laterali partono tre striscie di ferro, assai lunghe per abbracciare lateralmente il tronco; alla parte superiore è fissata un'asta metallica, verticale e mediana, suscettibile d'esser allungata o raccorciata a volontà, che descrive una curva al disopra del vertice del capo e sopporta alla sua estremità terminale un collare per la testa ed il mento. — Dopo qualche giro di fascia ingessata si applica l'apparecchio cercando ch'esso si adatti bene al tronco, e che l'asta mediana posteriore si trovi nel prolungamento della linea delle apofisi spinose. Si fissa con altri giri di fascia; modificando la lunghezza dell'asta, e col mezzo del collare si può ottenere il raddrizzamento e l'immobilità della colonna cervico-dorsale

Non bisogna cercare di ottenere l'impossibile, o di raddrizzare completamente la curva della colonna vertebrale. L'estensione non deve vincere che la contrazione muscolare, e si deve arrestare quando l'ammalato accusa un senso di benessere, e mai andare al di là: nei piccoli ragazzi si deve sorvegliare con cura l'espressione della fisionomia, che dimostra un senso di soddisfazione, non potendo essi render conto delle loro sensazioni.

Digitized by Google

Il bendaggio lo si può lasciar applicato per due o tre mesi, senza toccarlo. Se per ragioni di pulizia si deve toglierlo, lo si taglia sulla linea mediana, e lo si riapplica consolidandolo con nuovi giri di fascia: Sayre però dice che così applicato non soddisfa così completamente alle indicazioni come quando è fatto tutto d'un pezzo.

L'applicazione di questa fasciatura gessata dovea naturalmente far temere al Dott. Sayre ch'essa determinasse un notevole ostacolo alla respirazione. Si è perciò ch'egli dapprima credette necessario di fendere l'apparecchio sulla linea mediana, e di mantenerlo fisso per mezzo di legacci elastici; ma non tardò a convincersi che così andavano perduti i vantaggi dell'apparecchio, e che era indispensabile per ottenere i migliori risultati possibili di circondare tutto il torace colla fasciatura gessata.

Allorquando il torace è così immobilizzato, si vedono il perineo e l'ano elevarsi ed abbassarsi nel medesimo tempo che il diaframma, e se si esercita colla mano una pressione su queste parti, si determina tosto un senso di soffocazione. Perciò è necessario che le sedie su cui stanno gli ammalati siano scavate al centro o munite d'un cuscino ad aria.

Come risultato della fasciatura gessata si ha, secondo Sayre, la possibilità anche nei soggetti colpiti d'un certo grado di paralisi, di camminare senza difficoltà dopo la solidificazione dell'apparecchio — quelli che prima non potevano muoversi senza appoggiare le loro mani sulle ginocchia, o coll'aiuto d'una sedia o d'una tavola, hanno potuto camminare soli ed a corpo ritto — la scomparsa rapida dei dolori, della dispepsia, della tosse di cui gli ammalati prima soffrivano, sono altrettanti benefici effetti, secondo Sayre, della fasciatura.

Cura della scoliosi — Il Dott. Sayre accetta completamente la teoria muscolare sullo sviluppo della scoliosi, e crede che le lesioni ossee o articolari quando esistono sono secondarie. La rotazione dei corpi vertebrali che accompagna costantemente la curvatura laterale del rachide costituisce uno degli ostacoli più potenti alla correzione della difformità.

La medicazione nella scoliosi consiste nel sopprimere il peso della parte superiore del rachide, e trasportarlo dai corpi delle

Digitized by Google

vertebre sulla totalità della superficie del tronco. Essa sarebbe completamente soddisfatta col mezzo della sospensione del soggetto praticata da lui stesso *(self suspension)* e colla fasciatura ingessata del tronco.

La sospensione degli ammalati affetti da scoliosi è uno dei mezzi ginnastici universalmente raccomandati nella cura della scoliosi; essa si deve fare, secondo Sayre, per mezzo di apparecchio che ha molta analogia con quello sopra descritto, e che si differenzia perchè non possiede le due correggie che passano sotto ciascuna ascella. Alla sommità di un tripiede alto 10 piedi sta per mezzo di puleggie attaccato un arco di ferro trasversale che porta un collare per la testa ed il mento.

L'ammalato tirando sulla corda può sospendersi da se medesimo. Le mani devono essere tenute al di sopra del capo per evitare una distensione troppo forte dei legamenti cervicali e mettere in azione i muscoli del torace (gran pettorale, gran dorsale, gran dentato); inoltre la mano che si trova più elevata sulla corda deve corrispondere al lato in cui havvi la concavità della regione dorsale. Durante la sospensione l'ammalato deve fare delle profonde inspirazioni; i risultati immediati della medesima sono una correzione delle curve anormali della colonna vertebrale, un aumento nella circonferenza del torace ed una diminuzione corrispondente della sua altezza. Nei casi leggieri, la sola sospensione può portare la guarigione.

A complemento del metodo di cura, il Dott. Sayre applica la fasciatura gessata, mentre che l'ammalato si trova sospeso, e secondo il modo già descritto; tutti i giorni, una o due volte, l'ammalato opera la sospensione da se stesso, e fa durante la medesima delle profonde inspirazioni a più riprese; il bendaggio può venir tolto secondo il caso, o per ragioni di pulizia, o per altre cause e di nuovo riapplicato; meglio però sempre finchè esiste deviazione laterale il rinnovarlo.

Nel caso in cui la difformità è leggiera, l'applicazione del bendaggio è tosto seguita da buoni risultati; l'ammalato respira più liberamente e può tenere il corpo ritto, sia camminando che stando seduto.

Digitized by Google

Sia nella scoliosi che nella malattia di Pott la fasciatura gessata produce tosto un cangiamento nel colorito della pelle e specialmente della faccia; l'ammalato pare meno anemico, e il suo colore è più naturale. Ciò Sayre attribuisce all'assorbimento di una quantità più considerevole d'ossigeno; in qualche caso infatti egli ha potuto constatare che la capacità polmonare era assai aumentata dopo l'applicazione dell'apparecchio gessato.

Il Dott. Sayre però riconosce l'impossibilità di ottenere la guarigione nei casi molto avanzati, con deformazione ossea, con curvatura rachidea molto marcata, e quando le coste stesse si presentano incurvate. In questi casi anche ogni altro metodo di cura non serve a correggere la difformità.

E. Remak — *Zu den Sensibilitäts-Störungen der Tabes dorsalis. Arch. f. Psych., etc., VII, Heft.* 3. — **Contribuzione alle alterazioni di sensibilità nella tabe dorsale** (*Centralblatt f. Med. Wiss.* N° 3, 1878). — In un uomo sofferente da anni di fenomeni di tabe dorsale, in cui si scorgevano alterazioni di sensibilità specialmente all'estremità inferiore destra, l'Autore osservò il seguente fenomeno non ancora stato descritto. Egli esaminò, col mezzo della corrente indotta, applicando il pennello elettrico sulla pelle del braccio, il minimo di sensazione. Allora la sensazione elettrica (leggiero formicolio) già si presentò adoperando una distanza relativamente grande delle spirali (quindi deboli correnti); da principio aumentò d'alquanto, di poi scomparì; ritornò più debole e finalmente scomparve affatto per ricomparire colle stesse modificazioni quando si aumentò l'intensità della corrente. L'indebolimento della sensibilità trova i suoi limiti nella sensazione che cresce e si spinge sino al grado di dolore mentre diminuisce la distanza delle spirali. Questo esaurimento per minime irritazioni (l'irritazione stessa deprime sempre più il suo proprio valore iniziale) non è ancora stato sinora osservato nei nervi tattili della pelle. Or bene, nell'ammalato in questione si trovò questo esaurimento di sensibilità per irritazioni sempre eguali, anche quando si adoperarono altri irritamenti (*Palpazione — Pressione — Calore*). Solo che la scomparsa della sensibilità non fu prece-

Digitized by Google

duta da un ritorno di essa di durata e forza diminuite come suole avvenire adoperando la corrente faradica. Siccome questo reperto si trovò anche per la pianta del piede dell'ammalato in questione, così Remak crede che il lamento frequente dei tabescenti riguardo alla particolare sensazione elastica sotto la pianta dei piedi possa essere riferito con una certa probabilità a questa anomalia nella sensazione.

Dott. Carl Michèl *(Köln) — Selbstständiges acut — entzündliches Oedem der vorderen Kehl — deckelfläche (Angina epiglottica anteriore)* Kurze Mifttheilung — **Edema infiammatorio acuto sostanziale della superficie anteriore dell'epiglottide** (*Centralblatt. f. Med. Wiss.* N. 2 1878). — Nel decorso di parecchi anni osservai circa sei volte negli ammalati che si lamentavano di grave difficoltà nell'inghiottire insorta acutamente, accompagnata da febbre e malessere generale non già come causa della malattia un'angina catarrale o flemmonosa, ma un altro reperto sorprendente. Nelle fauci non si trovarono alterazioni o, se alcuna volta se ne trovarono, erano sommamente insignificanti. Tutto al più una semplice iperemia in uno o nell'altro dei pilastri posteriori. Il laringoscopio mostrava invece un tumore lucente e teso più o meno rosso o grigio chiaro della grandezza di una grossa avellana nella superficie anteriore dell'epiglottide. Le fosse glosso-epiglottiche erano quasi completamente scomparse. La sostanza cartilaginea dell'epiglottide appariva alquanto tumefatta.

In due ammalati il processo si era trasmesso dalla parte più tumefatta alla corrispondente piega ariepiglottica. Questa era tumefatta per edema, in un caso di colore grigio pallido, nell'altro rosso grigio; nell'ultimo si mostrava anche la corda vocale corrispondente rosso-rosa e tumefatta, perciò la voce aveva acquistato un timbro profondo, rauco, aspro. Due volte si trovò esternamente al collo un'alterazione, cioè la pelle si mostrò saldata alla cartilagine tiroidea immobile, sensibile alla pressione evidentemente in conseguenza d'infiammazione del tessuto connettivo sottocutaneo (leggierissimo grado della cosidetta angina di Lodo-

Digitized by Google

vico). Alla guarigione dell'edema della glottide la pelle diventò di nuovo mobile. Per ciò che riguarda i sintomi subbiettivi, i disturbi di deglutizione erano enunciati come molto dolorosi. Gli ammalati avevano anche la sensazione come di un nodo nella gola da cui proveniva oppressione, nausea, tendenza al vomito. La secrezione mucosa e salivare era molto aumentata. La cura, ritenuta dal paziente come estremamente benefica, consisteva nell'essere obbligato a rimanere il più possibilmente in casa, e nell'evitare il parlare forzato. Ogni 10 o 15 minuti l'ammalato gargarizzava un bicchiere d'acqua ghiacciata e si applicava per alcune ore al collo ghiaccio o una compressa di acqua ghiacciata. I dolori cessarono rapidamente, e in pochi giorni il tumore era scomparso. Il tessuto epiglottico di nuovo normale. Nel trattato di Ziemssen io non trovo mentovato questo edema primario infiammatorio della superficie anteriore dell'epiglottide; solo in un reperto cadaverico comunicato dal Dottor Risch si tien parola dell'edema della superficie anteriore dell'epiglottide; quindi io credo che non si sia ancora fatto attenzione a questa affezione, certamente non priva di pericolo. Può darsi che la medesima sia sfuggita all'attenzione del medico che non vi badò gran fatto; e ciò poteva succedere facilmente in quantochè i contorni della base della lingua si confondono con quelli del tumore. Per riguardo alla pratica risulta da questa osservazione che gli ammalati che presentano sofferenze di un'angina acuta allora particolarmente devono esaminarsi col laringoscopio, quando il reperto alle fauci è un reperto di poca entità e non corrisponde alla violenza dell'incomodo. Altrimenti può succedere, come facilmente sarebbe occorso a me nel primo caso, di creder l'ammalato troppo sensibile, le sue lagnanze esagerate e che questa malattia seria resti sconosciuta. Affezione che può esistere senza alcuna raucedine, per cui il nome d'*angina epiglottica anteriore* forse non sarebbe sconveniente. Che questa malattia non mi sia occorsa più frequentemente può dipendere in gran parte dalla circostanza che le affezioni acute pervengono nel trattamento degli specialisti meno che le croniche.

Digitized by Google

O. Kohts und E. Tiegel — *Einfluss der Vagusdurchschneidung auf Herzschlag und Athmung — Pflüger's Archiv. XIII*, 5, 84. —**Influenza del taglio del vago sull'urto cardiaco e sulla respirazione** (*Centralblatt f. Med. Wiss.*, N° 3, 1878). — L'A. ha fatto la seguente osservazione: un coniglio normale presentò in 2 secondi 10 pulsazioni cardiache, dopo il taglio di ambedue i vaghi, il polso, nei quattro successivi minuti rimase inalterato; nei seguenti 19 minuti si ebbero 9, 8, 6, pulsazioni in 2 secondi; se si allaccia l'estremità periferica d'uno dei vaghi tosto la frequenza durante 1 minuto e 1|2 è di 4-5 in 2 secondi; dopo l'applicazione di questo processo nell'altro vago la frequenza fu di 4-4 1|2 durante 30 secondi, poi repentinamente dai 8-9 durante 8 secondi e 4 durante 5 minuti; finalmente negli ultimi 12 minuti di 8-6. Siccome nei conigli in 20 casi su 38, e nei cani in 2 casi su 5 si è osservato dopo il taglio del vago, o dopo la legatura, rallentamento del polso, si vede che queste operazioni devono agire non solo come irritamenti momentanei, ma bensì come continui. La mancanza d'acceleramento è da riferirsi sul conto del tono soggetto a molte oscillazioni. Anche nella respirazione il taglio dei vaghi dà alterazioni, le quali consistono in ciò che i movimenti respiratorii diventano rari e profondi. Questi fenomeni passano però tosto per lasciare il posto ad una respirazione che non si distingue dall'ordinaria; essi ritornano però quando si faccia all'estremità del vago già tagliato una nuova sezione trasversale. Secondo l'opinione degli autori il taglio e la allacciatura influiscono qui pure come eccitamento continuo.

B. Cohn — *Ueber die anämisirende Behandlung der Erkrankungen an den Extremitäten — Berliner Klin. Wochenschr.* 1877, N° 44. — **Sul trattamento anemizzante delle malattie delle estremità** (*Centralblatt f. Med. Wiss.* N° 3,

Digitized by Google

1878). — L'Autore raccomanda per il trattamento delle infiammazioni acute e croniche nelle estremità l'applicazione della compressione circolare una volta incirca entro 24 ore, ogni volta da 1|2 - 1 ora di durata o più. Tra i casi comunicati vi esiste un caso d'infiammazione cronica fungosa dell'articolazione del ginocchio in cui nello spazio di poche settimane si ottenne completa guarigione

R. Von den Velden — *Aus der Med. Klinik des Herrn Geh. Rath prof Kussmaul in Strassburg in Elsass. Zur Lehre von der Dyspepsie beim Typhus. Berliner Klin. Wochensch.* 1877, n° 42 — **Sulla dottrina della dispepsia nel tifo** (*Centralblatt f. Med. Wiss.* N° 3, 1878). — In un cocchiere di anni 60 sofferente di ectasia di stomaco, che durante la sua permanenza nell'ospedale venne colto da tifo addominale, l'esame dei sughi gastrici estratti col mezzo della pompa dallo stomaco diede per risultato che il cloruro di sodio libero stato riconosciuto costantemente in questo avanti l'affezione tifosa, mancava durante la febbre ed ancora 8 giorni dopo il ritorno della temperatura normale. Con ciò non si osservò una mancanza o solo una diminuzione notevole di pepsina. Al principio della malattia febbrile l'infermo rigettò col vomito un liquido verdastro, di reazione debolmente alcalina che conteneva una quantità piuttosto grande di muco e mostrava reazione distinta dei peptoni. Una prova di questo liquido digerì lentamente della fibrina producendo globulina, quando invece un'altra porzione del liquido fu trattata coll'acido cloridrico diluito 1 per °/₀₀; allora la fibrina si digeriva molto rapidamente e senza formazione di globulina. Nel primo caso ebbe luogo quindi digestione *Trypsinica*, mentre in causa della reazione alcalina era pregiudicata l'efficacia della pepsina coesistente. Nella 2ª porzione si produsse il contrario in seguito all'aggiunta d'acido cloridrico.

Dott. I. Fenolio.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 21ª settimana

dal 19 al 25 maggio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	4	5	9	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	1	1	» tubercolose, scrofolose	3	6	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	1	5	6	» nervose	»	1	1
Difterite e croup	»	2	2	» ematiche	»	»	»
Coclussie	3	»	3	» calcolose	1	»	1
Vaiuolo	1	»	1	» scirrose, cancerose	1	2	3
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	2	2
Scarlattina	1	1	2	Marasmo senile e tabi diverse	1	»	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colèra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	2	»	2				
» tifoidea e tifo	5	4	9	TOTALE	44	50	94
» migliare	»	1	1				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	4	4	Non appartenenti alla popolazione di Torino	10	9	19
Malattie chirurgiche e traumatiche	»	»	»				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 21ª settim.ª	54	59	113
Malattie dell'appar.º respiratorio	8	10	18	» nelle settim.ª precedenti	1639	1674	3313
» dell'apparato dell'alimentazione	8	3	11				
» dell'app.º cardio-vasale	»	1	1	TOTALE complessivo	1693	1733	3426
» del sistema nervoso	4	1	5				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	1	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1468	1534	3332
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 21ª settimana	80	59	139	4	3	7
Nelle precedenti	1353	1269	2622	124	86	210
TOTALE COMPLESSIVO	1433	1328	2761	128	89	217

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta delli 24 maggio 1878.

Presidenza **Olivetti.**

Sono presenti i Soci: TIBONE, MARTORELLI, LESSONA, GAMBA, PERTUSIO, PORPORATI, BORSARELLI, PEROTTI, BERRUTI, LAURA, PEYRANI, GIACOMINI, OLIVETTI, MOSSO, PERASSI, VALERIO, BIZZOZERO, REYMOND, GIBELLO.

Letto il verbale della seduta precedente, esso venne approvato.

Il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

ARADOS *Prof.* FERDINANDO — *Le cause delle eruzioni vulcaniche e dei tremuoti.* Catania, 1878.

ID. — *Elogio Accademico del Prof. Carlo Gemmellaro.* Catania, 1869.

Atti della R. Accademia dei Lincei, Anno CCLXXV, 1877-78, serie III Transunti, volume II, fascicolo 5, aprile 1878. Roma, 1878.

BERTACCHI D. — *Termogenesi.* Torino, 1878 (Estratto dal *Medico Veterinario*).

BOURDIN *Docteur* — *L'extatique de fontet.* Paris, 1878 (Extrait des *Annales medico-psychologiques*).

Bullettino dell' Osservatorio della Regia Università di Torino, Anno XII (1877), Torino, 1878.

Cassa di risparmio di Torino. Resoconto dell'anno 1877. Torino, 1878.

CHIARA *Prof.* DOMENICO — *La evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione.* Milano, 1878 (al Prof. Tibone per rapporto).

Digitized by Google

Denza *Prof.* Francesco. — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri*, Volume XII, N. 7. Torino, 1878.

Laissus *Docteur* C. — *Les eaux de mer thermales de Salins-Moutiers (Savoie).* Paris, 1877.

Leopardi *Dott.* Gaetano — *Brevi considerazioni intorno alla meningitide cerebro-spinale epidemica.* Pisa, 1878 (Dal *Commentario clinico di Pisa*).

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere, Serie II, fasc. 7. Milano, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della Città di Torino*, N. 19. Torino, 1878.

Sunti delle lezioni di zoologia del Prof. Lessona Michele, raccolti dal figlio Mario Lessona. Torino, 1877.

Thiry *Prof.* M. J. H. — *Seutin, sa vie, ses travaux et son influence sur les progrès de la chirurgie en Belgique.* Bruxelles, 1878 (Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*).

Il Segretario generale porta a cognizione dell'Accademia una lettera del sig. Ministro, che annuncia come per mezzo di un decreto del 12 andante sia stata approvata la nomina del Comm. Prof. Alberto Gamba a Presidente della nostra Accademia, e del Prof. Cav. Borsarelli Pietro a Vice-presidente, e dei Dott. Giovanni Battista Laura e Prof. Dott. Cesare Lombroso a Soci ordinari.

Viene quindi presentata una lettera del sig. Sindaco della Città di Torino, colla quale si invitano i Membri dell'Accademia a voler concorrere o come *Soci* od *abbuonati* alle spese di manutenzione del Giardino Zoologico, ove per grazioso dono di S. M. venisse assunto dal Municipio.

Il Socio **Olivetti** nel lasciare il seggio della Presidenza ricapiloga con brevi e sentite parole gli avvenimenti tristi e fortunati che successero durante il suo ufficio.

Digitized by Google

Signori,

Prima di lasciare questo onorifico seggio e di rimettere al mio egregio successore i poteri da Voi confidatimi or sono due anni, mi rimane un ultimo dovere a compiere, quello di ringraziarvi ancora una volta dell'insigne onore che mi faceste chiamandomi alla direzione dei vostri lavori, e della costante benevolenza che tuttora mi dimostraste in questi due anni, e che mi rese possibile il difficile e talora delicato còmpito; dell'uno e dell'altra conserverò sempre grata ricordanza.

Io sono lieto che, nelle varie questioni che furono portate in discussione, opinioni diverse ed anche opposte abbiano potuto prodursi e trovarsi di fronte senza che siansi punto scemati i sentimenti di reciproca stima che vi uniscono; e di ciò il merito è tutto vostro, giacchè io non ebbi mai altro a fare che seguirvi nella via che vi tracciavano le vostre abitudini di squisita cortesia, dalle quali non vi dipartite mai, come nelle vostre relazioni sociali, così nel trattare di scienza.

Non mancò pure la parte penosa del mio còmpito; fu quando mi trovai obbligato ad annunziarvi le perdite, che nel biennio furono sensibili, di Socii corrispondenti ed onorari stimatissimi ed operosi che illustravano il nostro corpo, e segnatamente poi quella che testè ci ha colpiti, quella del deplorato socio fondatore Bonacossa.

Non mi fece difetto però, in compenso, la soddisfazione ben sentita di potervi proclamare, oltre di parecchi altri onorari e corrispondenti ben degni delle nostre simpatie, i due distintisimi ordinarii Lombroso e Laura, il quale ultimo sono ben lieto di vedere

Digitized by Google

presente, e di poter ancora da questo luogo salutare come desiderato collega.

Io prego i miei compagni d'ufficio di ricevere la espressione amica della mia riconoscenza per l'efficace concorso prestatomi sempre nel disimpegno delle cose nostre di scienza e di amministrazione.

Ed ora io invito il mio onorevole collega Gamba a prendere il mio posto, altrettanto fiero di averlo io benchè indegnamente — occupato — quanto sicuro di poter pronosticare che egli lo occuperà col plauso di tutti, e vado a riprendere il mio antico stallo in mezzo a Voi col desiderio costante di poter sempre concorrere con Voi colle deboli mie forze a mantenere la nostra Accademia nella estimazione dei dotti.

Il Prof. Gamba nell'assumere l'ufficio di Presidente presenta all'Accademia le scuse del nuovo Socio il Prof. Lombroso, che per gravi sciagure di famiglia non può prendere parte alla seduta di stassera, e pronuncia quindi il seguente discorso inaugurale.

Onorevoli Socii,

I.

Le *pubblicazioni periodiche*, le *efemeridi scientifiche*, generali, i *diarii* delle varie specialità, in cui si divide la pratica medica, e le *Riviste*, le quali raccolgono in sunto tutto ciò, che di importante si pubblica in Italia, e presso le nazioni sorelle nell'incivilimento e nella coltura intellettuale, sono oggigiorno numerosissime, e, per la progredita arte tipografica alla portata della grande massa dei cultori dell'arte salutare.

Digitized by Google

Ond'è che ogni scoperta di principii scientifici, ogni applicazione nuova di questi, ogni perfezionamento nelle varie modalità operative, ogni nuovo orizzonte nel vasto campo delle speculazioni ontologiche è raccolto, svolto, e propagato in tutte le più remote regioni.... ond'è che ogni membro della nostra grande famiglia può tenersi al corrente dello stato della scienza e portare il proprio contingente al patrimonio scientifico comune.

Per questo fatto importantissimo, il quale dimostra la universalità del progresso in tutti i rami dello scibile umano non viene per nulla scemato il còmpito, ed il fine delle Accademie mediche.... Questo fine sta nella *discussione*, nel *vaglio*, nella *tradizione*, e nell'*indirizzo* degli studii scientifici.

II.

Sorta nel 1838 per opera ed iniziativa di quelli fra i nostri Colleghi, i quali ci furono maestri, questa nostra Reale Accademia di Medicina e Chirurgia Torinese prese ben tosto onorato posto fra le scientifiche istituzioni italiane, e straniere.

I lavori presentati, e discussi in questa Accademia dagli uomini illustri, i quali ci precedettero formano una delle più complete, e dotte collezioni.

Nei 164 volumi dall'Accademia pubblicati può essere seguìto lo svolgimento graduale del pensiero, può essere seguìta, e cronologicamente collocata la serie delle conquiste della scienza medica, e chirurgica, e la parte, che a questo incremento, e perfezionamento vi apportarono le scienze affini, la fisica, la chimica, il microscopio, l'elettrico.

Tutti i grandi problemi di anatomia fina, d'isto-

Digitized by Google

logia, di fisiologia, di terapeutica, di chirurgia operativa, i quali in questi ultimi dieci lustri furono dagli scienziati di tutte le nazioni studiati, e vagliati a nuovo.... tutte le teorie relative alla patologia generale, base della medicina pratica, le quali furono in questo lasso di tempo proposte da uomini dottissimi, ebbero qui libera entrata, libera discussione.

La nostra Accademia si tenne sempre all'altezza della scienza ammettendo allo svolgimento, e allo studio tutte le questioni bensì, ma lasciando sempre sgombro, ed aperto l'Albo Accademico per le scoperte, e pei perfezionamenti dialettici dell'avvenire.

Il simbolo della nostra Accademia fu sempre libero pensiero, libera discussione, ed il suo fine il progressivo graduale perfezionamento della scienza.

III.

Ma la nostra Accademia non si restrinse al semplice studio, ed alla discussione degli argomenti medici.... essa non si chiuse in un areopago per sola soddisfazione accademica, ma oltre al *Diario* pubblicò varii volumi dei suoi *Atti*, ed aperse la sala delle sue sedute al pubblico, ed agli studenti delle mediche discipline.... dessa si fece promotrice degli studii medici ritenendo suo còmpito, sua gloria il concorrere coll'Ateneo all'istruzione della gioventù.

Fondava a questo fine una biblioteca medica. Questa biblioteca accresciuta per successivi acquisti, e per generosa cooperazione dei Socii dell'Accademia conta oggi 20,000 volumi oltre a numerosi preziosi manoscritti. Tutte le scienze naturali, la fisica, la chimica, e tutte le specialità in cui si divide il grande scibile medico vi sono rappresentate.

Digitized by Google

Questa biblioteca, la quale è frequentata giornalmente da oltre sessanta lettori studenti dovrà essere sussidiata dal Consorzio Universitario. Non vi è dubbio che la nostra sala di lettura, e la nostra biblioteca siano una utilissima istituzione per gli studii medici, *e come tale meriti di essere sostenuta, e promossa.*

IV.

Per iniziativa di uno dei venerandi superstiti fondatori della nostra Accademia fu aperto un Museo craniologico, il quale venne successivamente accresciuto per doni di Socii corrispondenti, e per cambii con altri Musei.

La nostra collezione conta oggi 162 cranii e, fra questi alcuni rarissimi cranii di Fenicii, di Etruschi, ed antichi Romani.

I cranii del nostro Museo sono divisi in parte frenologica, e parte etnica. Ed i cranii di questa collezionati secondo le varie divisioni geografiche, e divisi in vetusti e moderni.

La nostra collezione costituisce un piccolo Museo incipiente.... ma per gli elementi preziosissimi, che contiene è fin d'ora degno di riguardo, e, completandosi potrà concorrere a fornire materiali di studio per l'importantissimo ramo delle scienze naturali, l'antropologia.

V.

La nostra Accademia, quando Torino era sede della Capitale del Regno fu soventi interrogata dal Governo circa questioni d'Igiene, e di amministrazione sanitaria sovrattutto in tempi di epidemia. E negli anni scorsi dietro incarico del Ministero studiava gli articoli riflettenti le questioni igieniche del nuovo Codice

Digitized by Google

Sanitario italiano, e trasmetteva a Roma le sue conclusioni.

Prova codesta dell' alto concetto in cui il Governo tiene la nostra istituzione.

VI.

Due desideratissimi membri fondatori della nostra Accademia, i Proff. Alessandro Riberi, e Stefano Bonacossa fondarono premii cospicui per incoraggiare e rimunerare le opere, e le scoperte più meritevoli.

Amore del bene, disinteresse e filantropia verso l'umanità sofferente, fu il distintivo di questi nostri illustri colleghi. La esplicazione di questi sentimenti del loro gran cuore, a vantaggio delle età avvenire. Essi vollero assicurare in punto di morte, promovendo, con legati testamentarii, l'incremento degli studii delle scienze mediche.... Nobile esempio della missione sublime del medico!

Questo retaggio lasciato all'Accademia di Medicina di Torino, mentre torna a onorevole suo decoro, e considerazione, le impone un còmpito alto e delicato, quello cioè di tenersi sempre al corrente, ed all'altezza della scienza onde il vaglio dei meriti dei concorrenti ed il suo giudizio di aggiudicazione sia retto, ed imparziale.

VII.

Voi mi avete chiamato, onorevoli Socii, a presiedere per un biennio la nostra Accademia medica Torinese. Nessun mio merito, ma la vostra benigna indulgenza inspirò il vostro voto. Voi voleste tener conto del mio buon volere, poichè io sono entrato in questo consesso di dotti non per portare, ma per raccogliere, ed imparare.

Digitized by Google

Fidente dunque io vi dirigo queste mie prime parole per pregarvi di essermi cortesi di appoggio, e di Consigli, onde io possa meno indegnamente dirigere le vostre discussioni, e concorrere ai vostri lavori.

Io apporterò la maggiore diligenza, e farò ogni mia possa per soddisfare il vostro e mio sentimento di tenere alta la bandiera scientifica di questo Corpo Accademico, ed a questo fine io mi inspirerò alla tradizione degli illustri miei predecessori.

Al nostro Collega, il quale tenne questo seggio nell'ultimo biennio, ed agli onorevoli Membri dell'uffizio di Presidenza io mi faccio grato dovere di testimoniare a vostro, e mio nome sinceri atti di riconoscenza. L'Accademia è fidente di avere la loro collaborazione, e la Presidenza nuovamente eletta farà tesoro della loro esperienza.

Una parola di preghiera io dirigo agli onorevoli Membri, i quali mi furono eletti compagni alla Presidenza, i signori proff. Borsarelli, Colomiatti, Mossa, e Novaro, perchè vogliano sorreggermi ed aiutarmi nell'onorifico, e difficile mio còmpito.

Torino, li

Prof. Alberto Gamba.

Si procede quindi alla nomina dei Soci corrispondenti, e vengono eletti i signori:

Dott. Villavecchia Francesco di Alessandria.
Prof. Vacchetta Andrea Alfonso di Pisa.
Dott. Ferdinando Arados di Catania.
Prof. Leopardi Gaetano di Firenze.
Prof. Orazio Silvestri di Firenze.
Dott. Dell'Orto Giovanni di Nuova Orleans.
Prof. Paul Heger di Bruxelles.
Dott. Cav. Toselli Enrico di Racconigi.

Digitized by Google

Dott. Favre di Lyon.
Dott. Barducci Domenico di Pisa.
Dott. B. Novaro Bartolomeo di Buenos Ayres.

Il Socio **Porporati** presenta quindi il seguente rapporto sul lavoro pubblicato dal Socio Giacomini sotto il titolo di *Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali.*

Dietro proposta del Prof. Bizzozero l'Accademia decide che vengano spediti al R. Instituto Lombardo i due volumi del Giornale dell' Accademia 1875 che inavvertentemente andarono perduti.

Il Presidente **A. Gamba.**
Il Segretario **A. Monso.**

Seduta delli 7 giugno 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Soci: Bizzozero, Bottini, Lombroso, Giacomini, Laura, Borsarelli, Berruti, Perotti, Novaro, Olivetti, Peyrani, Colombatti, Martorelli, Valerio, Porporati.

Letto ed approvato il verbale della Seduta precedente il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Annual report of the board of regents of the Smithsonian Institution. Washinghton, 1877.

Atti del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti dal novembre 1877 *all'ottobre* 1878; tomo IV, serie quinta, dispensa sesta. Venezia, 1877-78.

Bruzza *D.* Antonio Luigi. — *Norme e igiene navale.* Genova, 1878.

Fedeli *Dott.* Gregorio. — *Pubblicazioni mediche.* Roma, 1878. (Estratto dal *Raccoglitore medico*).

Memorie della R. Accademia delle scienze di Torino, serie seconda, tomo XXIX. Torino, 1878.

Ospizio Marino Piemontese. Anno VII. *Relazione sanitaria ed amministrativa per l'anno* 1877 *del Comitato Centrale Direttivo all'Assemblea Generale del 7 aprile* 1878. — Relatore

Digitized by Google

Dott. Coll. *Berruti Giuseppe*, Direttore, Segretario dell'Ospizio, e membro della Commissione Medica. Torino 1878.

PEYRANI, *Dott.* GIUSEPPE. — *Repertorio completo delle definizioni dei sintomi, segni, fasi principali e prognosi delle malattie mediche.* Chiavari, 1878.

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie seconda, volume XI, fasc. VIII. Milano, 1878.

RIPA *Dott.* LUIGI. — *La Medicina comunale o la civiltà igienica.* Anno XIII (Giugno 1878). Seregno 1878.

RIZZETTI *Dott.* GIUSEPPE. — *Bullettino medico-statistico della città di Torino, N°* 20, 21. Torino, 1878.

STUDIATI *Prof.* C. — *Sul carattere fisiologico del tessuto adiposo e sulle sue relazioni coll'interno organismo.* Pisa, 1878, (Al socio *Colomiatti* per rapporto).

TEMPESTI *Dott.* GIO. CARLO. — *Memoria sopra una litotrizia e sul metodo misto, nella cura delle pietre vescicali.* Pisa, 1878 (Dal *Commentario Clinico di Pisa*), al socio *Berruti* per rapporto.

Transaction of the international medical Congress of Philadelphia 1876. Philadelphia, 1877.

VACHETTA *Prof.* A. — *La carie e la fistola dentale negli animali domestici.* Milano 1878. (Estratto dalla *Clinica Veterinaria*).

Il **Presidente** partecipa l'invito fatto all'Accademia dal Comitato d'organizzazione del Congresso d'Igiene che si terrà in Parigi, in settembre. Egli spera che qualcheduno dei Soci vorrà prendere parte ai lavori del futuro Congresso d'Igiene, come rappresentante dell'Accademia.

Il **Presidente** fa distribuire ai Soci uno scritto del Dottore Depraz intorno ai bagni turchi; e dice che ringrazierà il signor Depraz del dono fatto all'Accademia.

Il Prof. **Lombroso** prendendo parte per la prima volta alle sedute dell'Accademia, il **Presidente** lo presenta ai Soci, ricordando i meriti insigni che si acquistò il nuovo Socio nel campo della scienza e rallegrandosi nella fiducia che egli colla sua attività venga a recare un importante contributo ai lavori dell'Accademia.

Digitized by Google

Il Prof. **Giacomini** dà quindi lettura della seguente memoria accompagnata dalla presentazione di cervelli conservati con un nuovo processo.

Il **Presidente** ringrazia il Prof. Giacomini della sua interessante presentazione, lodando gli splendidi risultati ottenuti ed apprezzando i vantaggi che tale innovazione nel metodo recherà alla anatomia non solo, ma anche alla patologia, ed all'antropologia.

Il Prof. **Borsarelli** ricorda come l'alcool debba produrre una diminuzione notevole del volume del cervello e dei preparati anatomici immersi nel medesimo per la grande affinità che questo liquido ha per l'acqua contenuta nei tessuti. Si accorda col prof. Giacomini, sui difetti dell'acido nitrico come metodo di preparazione perchè esso dà un colore giallognolo, dovuto alla produzione dell'acido zantoproteico.

L'acido cromico ed il cromato di potassa si riducono in presenza delle sostanze organiche e non sono egualmente scevri di inconvenienti. Il cloruro di zinco adoperato dal Prof. Giacomini ha il vantaggio di essere incoloro, ed è una sostanza eminentemente antisettica per l'avidità con cui esso pure assorbisce l'acqua dei tessuti. Egli non può fare a meno di encomiare il metodo del Professore Giacomini, solo crede che l'immergere parecchie volte un cervello nella medesima soluzione non possa esser molto proficuo dal punto di vista chimico per le alterazioni che devono necessariamente prodursi in simili soluzioni. Parla quindi del metodo di conservazione dei tessuti animali per mezzo dell'acetato di albumina e propone al Prof. Giacomini di tentare con esso qualche esperienza nel caso che desideri di fare delle preparazioni più economiche.

Il Prof. **Giacomini** ricorda come egli adoperasse pella conservazione dei suoi cervelli delle soluzioni di cloruro di zinco, sature, pelle quali rimanendo della sostanza indisciolta erano meno a temersi gli inconvenienti ricordati dal Prof. Borsarelli.

Il **Presidente** dà quindi la parola al Prof. **Bottini** che legge la seguente memoria intitolata: *Altro caso di estirpazione completa di gozzo parenchimatoso, guarigione*, colla presentazione del tumore estirpato.

Digitized by Google

Il **Presidente** ringrazia caldamente il Prof. Bottini ricordando che dinnanzi a tali splendidi risultati lo conforta il pensiero che la chirurgia italiana è all'altezza della scienza.

Il Presidente **A. Gamba.**

Il Segretario Particolare **G. F. Novaro.**

Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali nell'uomo, del Prof. **C. GIACOMINI**. Torino, 1878, con figure intercalate nel testo.

Rapporto letto dal Socio PORPORATI
nell'adunanza delli 21 maggio 1878

Onorevoli Signori,

Sotto il modesto titolo di *Guida allo studio* il chiarissimo Professore Giacomini compose un trattato d'anatomia descrittiva del cervello, che per chiarezza e metodo d'esposizione non teme rivali. Ora che dagli anatomici, dai fisiologi e dai patologi si procede con tanto ardore allo studio di quel viscere di massima importanza nell'uomo, non solo per scoprirvi la sede delle facoltà sensitive e motorie, ma ancora delle intellettuali, l'opera del Giacomini, frutto di pazienti osservazioni e d'assiduo studio, riesce di grandissima utilità tanto ai giovani studiosi, che ai medici avidi d'istruirsi in così interessante parte della scienza.

Nel proemio, accennata l'importanza del soggetto, l'Autore dimostra le difficoltà di trattarlo convenientemente.

Le precipue difficoltà sono tre: la prima è là nella moltiplicità delle pieghe e delle circonvoluzioni cerebrali,

Digitized by Google

nei loro rapporti e nelle anastomosi, per il che, a primo aspetto, sembra impossibile stabilire alcun ordine nel loro numero, nella direzione, ecc. Perciò raccomanda, per lo studio, di preferire i cervelli più poveri di circonvoluzioni ai più complessi.

La seconda difficoltà sta nella delicatezza dell'organo che facilmente si altera, ed è quindi utile d'indurirlo coll'immersione nella soluzione di cloruro di zinco, e con iniettare anche di tal soluzione nelle carotidi.

La terza difficoltà risulta dalle diverse denominazioni applicate dai vari autori alle circonvoluzioni. L'Autore nostro cerca di ripararvi con tavole sinottiche in cui sono esposte le principali denominazioni assegnate alle diverse parti del cervello.

Nei capitoli che seguono non si limita Egli a descrivere le parti costituenti il cervello, ma ne nota il modo del loro sviluppo, i rapporti che contraggono, e le probabili loro dipendenze funzionali. Io dovrei, per dare un'idea esatta del lavoro, farne un sunto, non potendosi materie positive, come le descrizioni anatomiche, ridurre a pochi principii sintetici. Accennerò pertanto solo per sommi capi le principali deduzioni che l'Autore trae dalla morfologia del cervello da lui seguitata.

Così nota, essere gli emisferi cerebrali per lo più asimetrici, e tale asimetria essere stata riguardata da taluni come carattere dell'uomo. Ma il cervello degli idioti, e quello dei neonati normali essendo simmetrici, si può arguire che l'asimetria succeda negli uomini normali nella successiva evoluzione organica del cervello.

E poi tale asimetria non occorre nelle circonvoluzioni principali, nè nelle scissure lobari, ma soltanto nelle pieghe che passano tra alcune circonvoluzioni, e nelle scissure secondarie e terziarie.

Prima di descrivere gli emisferi cerebrali, tocca della

Digitized by Google

loro evoluzione è nota, contro l'opinione di quelli che affermano essere la superficie del cervello nel feto sino al quarto mese, affatto liscia, avere egli osservato in feti dal terzo alla fine del quarto mese la superficie delle vesciche cerebrali solcata da leggiere depressioni sotto forma di fossette che dal margine interemisferico convergono verso la scissura del Silvio, e verso l'ilo, e che compaiono sotto forma di creste alla superficie ventricolare. Tali creste simulerebbero circonvoluzioni retro-flesse che dànno poi origine alle circonvoluzioni interne nell'adulto, note sotto il nome di grande e piccolo Hippocampo, ed accessorio allo Hippocampo. Le figure chiare e benissimo eseguite illustrano le cose dette nel testo.

Descrivendo la scissura del Silvio l'Autore dimostra come dessa nello svilupparsi dell'emisfero, che a guisa di voluta la copre, resta attratta all'interno verso il corpo striato, per tal modo i centri delle due scissure del Silvio costituiscono come l'asse dell'evoluzione cerebrale.

Passa quindi a descrivere la fasi di sviluppo della scissura occipite-parietale, e di quella del Rolando, dopo la formazione delle quali lo sviluppo cerebrale procede rapido, e si manifestano le scissure secondarie. L'Autore fa notare come l'estremità anteriore della scissura silviana si protenda alla circonvoluzione frontale inferiore che contiene la sostanza grigia ritenuta dal Broca come sede del linguaggio articolato.

Il divaricamento delle labbra della scissura del Silvio in modo da lasciare scoperta l'*insula* è segno di degradazione e si osserva negli idioti. La scissura occipite-parietale nell'uomo nella porzione interna divide nettamente il lobo parietale dall'occipitale, all'esterno invece è intersecata da circonvoluzioni tortuose che passano dall'un lobo all'altro. Negli idioti molto degradati invece, e nelle scimmie succede l'inverso, cioè che detta scissura divide

Digitized by Google

completamente i lobi occipitale e parietale alla superficie esterna, ed è invece interrotta da pieghe trasversali alla faccia interna degli emisferi.

La *scissura di Rolando* dividendo il lobo frontale dal parietale, ne consegue che quanto più è posteriore, altrettanto più sviluppato è il lobo frontale, indizio proprio di cervello umano completo. Invero supponendo la faccia interna degli emisferi lunga dall'avanti all'indietro come 100, l'estremità interna della scissura di Rolando si troverà in media andando dall'avanti all'indietro a 69, nei microcefali invece si trova a 54, 45, 42.

Le *circonvoluzioni primarie* che mettono in comunicazione i lobi cerebrali fra loro sono tre, quella che circonda la scissura del Silvio, quella che costeggia l'ilo del cervello, e la marginale che forma il limite della superficie interna ed esterna degli emisferi. La seconda, cioè quella del corpo calloso, è dall'Autore descritta con maggior cura come la più importante.

Lobo frontale. — Le circonvoluzioni della superficie esterna ed inferiore di questo lobo sono quattro, tre longitudinali ed una obliqua all'alto ed all'indietro.

La circonvoluzione frontale inferiore circondante la scissura del Silvio è tanto più sviluppata e voluminosa quanto più completo è il cervello, ed è ritenuta da Bouillaud come sede del linguaggio articolato. Il Broca crede che tale sede sia nella parte posteriore di quella circonvoluzione. Gratiolet accenna come carattere della razza nera la separazione completa delle due circonvoluzioni frontali superiore e media, e le frequenti anastomosi tra la media e l'inferiore, questo carattere fu riconosciuto vero dal Giacomini in una donna abissina.

La porzione orbitaria del lobo frontale ha di rimarchevole che nel solco esistente tra la prima e la seconda circonvoluzione orbitaria nascono i nervi olfattori, unico

Digitized by Google

punto della superficie cerebrale che si metta in dipendenza d'altre parti cerebrali di natura specifica. La sporgenza esagerata in avanti della circonvoluzione orbitaria interna, si osserva nei microcefali e nelle scimmie, e costituisce il così detto becco etmoidale. Non ci fermiamo a parlare del lobo sfeno-temporale se non per dire che è separato dai lobi circonvicini dalle rispettive scissure, meno però dal lobo occipitale con cui si continua con due circonvoluzioni.

Desso è maestrevolmente descritto dall'Autore, e di più illustrato da figure esattissime.

Molto interessante è la descrizione morfologica dell'insula di Reil che ha solitamente cinque circonvoluzioni disposte a raggio. Quando la scissura del Silvio è beante, l'insula è anche povera di giri. L'*insula* è connessa col corpo striato, è la parte del cervello più vicina ai gangli e propriamente al nucleo lenticolare o corpo striato esterno.

L'on. Autore descrive lo strato di sostanza grigia interposto tra l'*insula* e il corpo striato esterno, detto antemuro dai moderni e lo considera come continuo al quinto strato di sostanza cinerea dell'insula, che va a perdersi nei due lobi frontale e temporale. È una lamina che abbraccia la superficie esterna del nucleo lenticolare del corpo striato, dal quale è divisa dalla lamina di sostanza bianca detta da Burdach capsula esterna. Il nostro Autore non crede l'antemuro provenga dal corpo striato come vuole Luys, ma dall'*insula*, le cellule di quello essendo identiche, con quelle del quinto strato *dell'insula*, e son chiamate claustrali da Batz, ed altri.

All' esterno l'antemuro è diviso dalle circonvoluzioni per mezzo dello strato midollare da Rolando chiamato *lamina della valle del Silvio.*

Queste minute parti del cervello sono dal Giacomini con diligenza descritte come quelle che eccitano ora

Digitized by Google

l'attenzione degli studiosi per le funzioni che sono loro da alcuni assegnate.

Il *lobo parietale* offre di notevole che alla superficie esterna nell'uomo non è completamente separato dall'occipitale, lo è invece nella scimmia cercopiteca da profonda scissura; alla superficie interna invece nell'uomo è bene diviso dall'occipitale e nella scimmia è anastomizzato coll'occipitale per mezzo di grosse pieghe di passaggio: sarebbero questi due caratteri anatomici differenziali fra l'uomo e le scimmie, secondo il Gratiolet, ma il Giacomini crede che se ne sia esagerata l'importanza. Delle tre circonvoluzioni del lobo parietale, l'inferiore è quella che presenta maggiore irregolarità di distribuzione e per orizzontarci l'Autore raccomanda di prendere a guida la scissura del Silvio, e quella temporale superiore che sono costanti.

Il Gratiolet ritiene la circonvoluzione d'aggiunta alla porzione anteriore della parietale inferiore come carattere del cervello umano, mancando dessa nell'Ourang e nel Chimpanzé, il nostro onor. Autore osserva, ciò non essere costante, e tali circonvoluzioni aggiunte mancare in cervelli umani, specialmente dei microcefali.

Il *lobo occipitale* che alla superficie esterna corrisponde allo squama del temporale, nelle due circonvoluzioni superiori offre differenze tra l'uomo e gli animali superiori; nell'inferiore invece che poggia sulla tenta del cervelletto non presenta differenze notevoli. La sostanza cinerea del lobo occipitale ha ciò di particolare che non è continua, ma divisa in due strati da una striscia di sostanza bianca detta nastro di Vic-d'-Azir. Microscopicamente poi la sostanza cinerea del lobo occipitale si presenta diversa da quella degli altri lobi, per il che pare che, a ragione, vari fisiologi gli attribuiscano funzioni diverse da quelle degli altri lobi cerebrali (vedi le magnifiche figure).

Digitized by Google

L'Autore chiude il discorso relativo alla superficie esterna del cervello con notare che la disposizione trasversale della scissura di Rolando è comune all'uomo ed alla scimmia. Le due circonvoluzioni che la limitano sono nel loro corso interrotte da tratti trasversali che offrono il *maximum* di sviluppo nell'uomo e decrescono a misura che si discende nella scala zoologica. Tali tratti pertanto sono detti pieghe di perfezionamento. Questo fatto fu già rilevato da Vic-d'-Azir e da Rolando, ma venne posto in maggior evidenza da Leuret.

La *faccia interna* degli emisferi dà luogo alle consuete esatte descrizioni. Parlando dell'ilo del cervello nota come le fibre nervose che vi si addentrano e ne escono servono ad unire il cervello con tutte le parti del corpo e formano i peduncoli del cervello, nel mentre stanno per contrarre rapporti coi talami ottici; superiormente poi servono ad unire i due emisferi tra loro, formando il corpo calloso.

Dopo aver descritto colla solita precisione la circonvoluzione del corpo calloso, quella dell'Hippocampo e le altre parti interne del cervello che hanno rapporto con quelle, l'Autore esamina il modo con cui si comporta la corteccia cerebrale per costituire l'Hippocampo che è un'appendice delle circonvoluzioni. Infatti la sostanza grigia dell'Hippocampo è continuazione della grigia delle circonvoluzioni ed è compresa fra due strati di sostanza bianca continua da una parte colla midollare del corpo calloso, e dall'altra colla *substantia reticularis alba*. A questi due strati l'Autore propone di dare il nome di lamina bianca interna e lamina bianca esterna.

Il grande Hippocampo non è dal Giacomini considerato come un organo speciale, ma bensì, con i fratelli Wenzel, una continuazione della superficie del cervello introflessa. Le ricerche microscopiche confermano questa

Digitized by Google

opinione, infatti Meynert ha riscontrato nella sostanza grigia del corno d'Ammone gli elementi del terzo strato, vale a dire le cellule piramidali grandi, numerose e molto sviluppate, le quali chiama elemento di formazione del corno d'Ammone.

Il corpo calloso può mancare in tutto od in parte, fatto assai grave la di cui importanza non è punto scemata dall'altro che tale corpo manca pur nei bruti inferiori incominciando dai marsupiali e dai monotremi. Nel caso riferito dal prof. Malinverni, in un col corpo calloso mancava pure la di lui circonvoluzione, ed in un altro osservato dall'Autore mancava il corpo calloso e le due circonvoluzioni limitanti la scissura di Rolando, forse per atrofia consecutiva a deficiente nutrizione causata dalla mancanza delle arterie silviane. Quando col corpo calloso manca la sua circonvoluzione, il vizio è congenito, è acquisito all'opposto quando manca solo il corpo calloso e rimane la circonvoluzione.

Dopo d'avere notato come le circonvoluzioni del corpo calloso, e dell'Hippocampo siano dette *madri*, poichè da esse partono le altre dei varii lobi, l'autore continua la descrizione della superficie interna degli emisferi, fermando l'attenzione specialmente sul lobulo di Rolando considerato ora come centro motorio.

Il grado di estensione del lobulo pararolandico corrisponderebbe al grado di sviluppo cerebro-psichico dell'individuo. Secondo Mierzejeerzki, in un cervello normale quel lobulo avrebbe una estensione di mm. q. 340, e nei microcefali di soli mm. 70. Il lobulo pararolandico sarebbe la parte del cervello che in proporzione subisce maggior diminuzione nei microcefali idioti. Il lobulo quadrilatero poi posto all'indietro del pararolandico, secondo Gratiolet, raggiungerebbe il suo maggiore sviluppo, nella specie umana, per cui fu detto lobulo di perfezionamento.

Digitized by Google

La scissura occipito-parietale interna perpendicolare nelle scimmie ed obliqua nell'uomo, unendosi alla occipitale orizzontale circoscrive il *cuneus*. L'apice di questo che è in basso si unisce colla circonvoluzione del corpo calloso e col lobo parietale. A questo punto il Giacomini confuta l'asserzione del Gratiolet; essere nell'uomo le pieghe di passaggio alla superficie esterna degli emisferi sempre bene sviluppate e superficiali, ed alla superficie interna, piccole e nascoste, all'opposto che nelle scimmie che hanno sviluppate le interne e nascoste le esterne. Il Giacomini infatti trovò nell'uomo mancante di corpo calloso una piega interna superiore molto sviluppata.

Dove termina in avanti la scissura occipitale orizzontale esiste nell'uomo la congiunzione della circonvoluzione del corpo calloso con quella dell'Hippocampo, fatto dato per caratteristico del cervello umano, poichè tale congiunzione manca nella scimmia.

L'onor. Autore dal suo lungo studio sulla morfologia della corteccia cerebrale trae poi importanti corollari, che accennerò di volo:

Rolando fu il primo a dimostrare che le circonvoluzioni cerebrali nel loro sviluppo sono costanti nel numero, nei loro rapporti, nella direzione e perfino nella vascolorizzazione. Le loro varietà non intaccano mai il tipo di conformazione, tranne nei cervelli molto degenerati. Questa regolarità è argomento contrario alla teoria che deriva le circonvoluzioni da che il cervello si sviluppi in una cavità poco cedevole e minore dell'estensione che l'organo deve prendere in seguito.

Insegna poi l'Autore il modo di scoprire i rapporti delle varie parti cerebrali tra loro: cioè, 1° fra i lobi cerebrali ed i ventricoli laterali; 2° l'estensione dei gangli cerebrali rispetto alla superficie degli emisferi; 3° la sede precisa assegnata ai centri motori; 4° le sezioni

Digitized by Google

encefaliche che disvelano i nuclei dei corpi striati, il talamo ottico, ed i loro rapporti, ecc.

Indica ancora i rapporti della superficie cerebrale colle ossa craniane, notando come i lobi cerebrali non corrispondano esattamente alle ossa da cui sono denominati. Così, ad es., il lobo frontale, nell'uomo, superiormente si protrae indietro da 47 a 50 mm. dalla sutura frontale parietale, e da 28 a 50 mm. nella sua estremità inferiore; e così nota pure la non corrispondenza di altri lobi con altre ossa craniane. Promette però di approfondire maggiormente queste ricerche in altra circostanza che noi speriamo molto vicina. Intanto per lo studio esatto delle circonvoluzioni, consiglia di colorirle diversamente in cervelli induriti coll'alcool.

Se il pregio precipuo d'un'opera stà nel conseguimento dello scopo che l'Autore si propone con essa di raggiungere, la *Guida* allo studio dell'anatomia del cervello del Prof. Giacomini merita un posto distintissimo negli scritti diretti all'insegnamento. La precisione e la chiarezza del testo, sebbene inappuntabili, sono ancora accresciute da figure bene scelte, ed egregiamente disegnate. L'opera del Giacomini sarà studiata con gran frutto dai giovani, e consultata con soddisfazione dai pratici provetti, come contenente cognizioni positive sulla struttura complicata d'un organo, la quale si oblia con somma facilità.

Molte e molto da ammirarsi sono le grandi e complete opere delle varie parti di nostra scienza, ma per l'estensione e per la forma non si confanno all'insegnamento d'un corso scolastico, il quale debba in succinto comprendere, disposte metodicamente, tutte le più essenziali materie da trattarsi; perciò gli scrittori di opere originali didascaliche, sebbene in una sfera più modesta, sono benemeriti della scienza al pari di quelli di opere più volu-

Digitized by Google

minose e complete. In quelli scritti invero lo studente impara a conoscere, per dir così, il tracciato e le stazioni principali della scienza, cognizioni, che completerà poi collo studio libero, e col pratico esercizio.

Il Prof. Giacomini si mostra distinto anatomico, accenna al modo di formazione delle parti cerebrali, ma a ragione tralascia di occuparsi delle funzioni che possono competere a queste parti, poichè troppe sono ancora le divergenze degli scrittori e le incertezze su di tali localizzazioni, e le affermazioni in un senso o nell'altro sarebbero premature se si volessero presentare in un trattato come provate ed inconcusse.

Noi facciamo voti intanto che l'egregio Prof. Giacomini prosegua la pubblicazione de' suoi studi sulle altre parti dell'encefalo, anzi su tutto l'organismo umano col metodo che ha abbracciato, assicurandolo che ne avrà il plauso sincero dei dotti e degli studiosi.

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

NUOVO PROCESSO

PER LA CONSERVAZIONE DEL CERVELLO

proposto dal Dott. C. Giacomini

Chiunque si sia occupato un po' seriamente della Morfologia del sistema nervoso centrale ed in principal modo del cervello, sa le cure lunghe e minuziose che sono necessarie per avere un preparato, il quale soddisfi alle esigenze di studio, e possa venir mantenuto per un tempo più o meno lungo negli ordinari liquidi conservatori, senza perdere della sua

Digitized by Google

conformazione e de' suoi mutui rapporti. Ed in certe circostanze di tempo tutti i nostri sforzi riescono infruttuosi, essendo che il cervello si trova così modificato nella sua intima compage, che riesce impossibile di conservare i principali suoi caratteri.

È questa una difficoltà contro la quale hanno urtato tutti coloro che si son dedicati allo studio dell'encefalo, tanto nelle sue condizioni fisiologiche che patologiche; e principalmente si sono risentiti di essa gli Anatomici che dovendo impartire l'insegnamento ad una numerosissima scolaresca, si trovavano nella necessità di dover disporre di numerose e svariate preparazioni, facili a maneggiarsi onde dimostrare le principali particolarità di struttura di così intricato viscere. Ed anche chi si trovava alla direzione di un Museo Anatomico od Antropologico sentiva il bisogno di avere una serie di preparati, i quali dimostrassero le precipue modalità che presenta quest'organo nei diversi individui, nelle diverse razze e negli animali che più si avvicinano all'uomo per conformazione e struttura, onde servissero a studi di confronto così potenti per rischiarare le molteplici questioni che ogni giorno vanno facendosi più vive nel campo dell'Antropologia zoologica, come in quello della Etnologia.

Ed egli è d'uopo convenire essere questa una delle molte cause che ha tenuto e tiene tuttora lontano la grandissima parte dei medici dal tavolo di dissezione, per cui lo studio di così importante viscere, anzi che essere fatto dal vero, vien intrapreso con maggior comodità sui libri. Ma le nozioni così acquistate, come succede sempre in fatto d'Anatomia, quando l'occasione si presenta di constatarle sul cadavere, tornano insufficienti e falliscono ben

Digitized by Google

soventi; e ciò contribuisce a disanimare gli studiosi e ad avvolgere sempre più nel mistero tale organo. E se la Patologia dell'encefalo non è così avanzata come quella degli altri organi, se essa non ha ancora recato alla Fisiologia quella luce che si è in diritto di attendere, e che essa sola può somministrare, egli è dovuto a che delle moltissime malattie che ogni giorno si osservano del sistema nervoso centrale, la massima parte va perduta per mancanza od insufficienza di reperti anatomici, e solo uno scarso numero è utilizzato a prò della scienza da quei pochi ingegni che i lunghi e pazienti studi han messo in grado di ben comprendere l'intima orditura dell'organo, e si trovano perciò nelle condizioni di ben precisare la lesione e di metterla in rapporto con i sintomi presentati dal malato. E questo stato di cose durerà finchè non si giunga a rendere accessibile quest'organo alla grande maggioranza dei medici, onde lo studio della sua morfologia sia reso più famigliare e comune a tutti.

Quindi si cercò da molti Anatomici un processo di conservazione, il quale valesse a rendere il cervello consistente e facile a maneggiarsi, senza che egli perdesse alcuno dei suoi caratteri più essenziali. Io non tengo ora conto di quei procedimenti per mezzo dei quali si cerca di indurare il tessuto nervoso, ma si mantiene poi così preparato in diversi liquidi, tra i quali primeggia sempre l'alcool, essendo già note le norme per la conservazione con tale metodo; desidero solo occuparmi di quegli altri, i quali dopo aver fatto sentire al tessuto nervoso l'azione di diversi reagenti chimici, che valgono a renderlo più consistente, esso viene esposto all'aria libera senza che ne resti grandemente alterata la sua conformazione esterna.

Digitized by Google

Troviamo per altro che non sono molti i metodi conosciuti per riuscire in questo scopo, malgrado i tentativi siano stati numerosi e svariati.

Il Broca fin dal 1860 proponeva l'indurimento del cervello per mezzo dell'Acido nitrico. Il cervello rivestito delle sue membrane veniva immerso in una soluzione del 10 per 100 d'Acido nitrico, dove soggiornava per lo spazio di venti a trenta giorni, dopo il quale tempo spoglio delle sue membrane veniva esposto all'aria, e l'essicazione conservava la forma normale, giacchè se essa si faceva abbastanza lentamente, il cervello si raggrinzava con uniformità; ma esso perdeva grandemente del suo volume, la consistenza diveniva lignea, e coll'andar del tempo la superficie si screpolava in più parti.

L'Acido azotico fu adoperato in soluzioni diverse al 15, al 20, al 25 per 100, sempre però con risultato presso a poco identico. I cervelli così preparati possono avere una qualche utilità pratica, ma non soddisfano gran fatto per la loro troppo riduzione di volume, diminuendo di oltre tre quarti del volume primitivo e per la durezza che acquistano.

Fu favorevolmente accolto il processo di Frederig (De Gand) esposto e modificato dal Duval di Parigi; ma anche esso non corrispose alle speranze. La prima preparazione che si fa subire al cervello con tale processo si è ancora la immersione in una soluzione del 10 per 100 di Acido nitrico. Dopo 15 giorni vien estratto e pulito, quindi immerso per 8 o 10 giorni in una soluzione di Bicromato di potassa e subito dopo nell'Alcool del commercio, dove soggiorna per 7 o 8 giorni, per essere quindi trasportato nella Paraffina liquida.

Digitized by Google

Dopo 15 a 20 minuti di tale immersione il cervello è estratto e posto in una conveniente località per l'essicazione. Io ho preparato un gran numero di cervelli con questo metodo, tanto d'uomo che di animali, ma, come potete scorgere dagli esemplari che vi presento, che furono preparati da più di un anno, essi non ci dànno che una lontanissima idea del nobilissimo viscere. Appena estratti dalla paraffina ci presentano presso a poco il volume del cervello normale, ma dopo alcuni mesi essi sono già grandemente ridotti per modo che non rappresentano che il terzo od il quarto del loro volume primitivo. Si presentano di aspetto nerastro, le circonvoluzioni sono strettamente applicate le une alle altre ed in molti casi per difetto della preparazione o per la poca freschezza dell'organo screpolano in più parti. La consistenza è cerea ed al taglio la sostanza cerebrale ci appare lucente come se recidessimo della paraffina, il che dimostra come essa si sia sostituita in parte al tessuto nervoso.

Recentemente l'Oré di Bordeaux ha proposto un altro procedimento, il quale consiste nell'immergere il cervello spoglio delle sue membrane nell'alcool a 90 gradi per 20 a 25 giorni; quindi vien involto in un triplice strato di tela mantenuto applicato all'organo per bende di gomma elastica. Il pezzo così preparato vien esposto ad una temperatura di 45 gradi per 15 a 20 ore. Dopo vengono tolte le bende, e per impedire l'evaporazione dell'alcool, si distendono sull'organo diversi strati (4 o 5) di vernice bianca di gomma elastica. L'organo così preparato può venir ancora coperto per mezzo della galvano-plastica di uno strato metallico di piombagine, di rame, d'argento, ecc., il quale valga a

Digitized by Google

proteggere le parti interne. Io non ho esperimentato tale processo, ma se esso affida la protezione delle parti interne allo strato di vernice o al deposito metallico operatosi per mezzo della galvano-plastica, debbo dire che tale processo è molto infido, essendochè lo strato esterno per quanto robusto esso sia non potrà difendere le parti interne dall'evaporazione di una sostanza così volatile come l'alcool, del quale esse sono imbevute. Di più lo strato protettore non impedirà che la parte interna dell'organo si alteri e si distrugga in molte circostanze, per cui si avrebbe solo l'immagine del cervello, e quindi tale processo non può essere utilizzato per lo studio delle parti interne e dei rapporti che queste hanno colle esterne.

Un processo presso a poco identico a quello di Orè venne pure tentato alcuni anni or sono con poco felice risultato da Boudet interno degli Ospedali di Parigi. Anche l'Idrato di cloralio venne esperimentato da Personnè senza grande vantaggio.

Visto il poco successo dei processi che sono andato brevemente accennando e che pur sono i migliori che la scienza Anatomica possegga, alla mia volta mi sono messo a studiare questa questione e dopo varii tentativi, riuscii a idearne uno il quale mi diede felici risultati, e da circa un anno che io lo metto in pratica non venne mai meno alle mie speranze, per cui credo giunto il momento di farlo conoscere in tutti i suoi più minuti particolari, onde chi si trova nelle circostanze di applicarlo lo faccia e giudichi se esso possa avere per lo studio della Fisiologia e Patologia del sistema nervoso centrale quell'utilità che io credo che esso abbia.

Tutti i processi fino ad ora adottati per preparare l'encefalo allo stato secco, hanno badato solamente a dare alla sostanza cerebrale una maggiore consistenza e ad impedire una alterazione della sua parte interna, trascurando affatto o non provvedendo con-

Digitized by Google

venientemente alla abbondante evaporazione che si opera da tale viscere, quando esso è esposto nell'aria atmosferica. L'evaporazione invece è il fatto principale a cui si deve provvedere, essendo che, come è noto, dalle analisi chimiche, 100 parti di materia cerebrale nel suo stato normale si compone di 88 parti d'acqua, 7 albumina e 5 di materie grasse (Borsarelli). Quindi si comprende facilmente il perchè un cervello contenendo solo 12 parti di materie fisse, coll' essicazione diminuisca dei tre quarti o dei quattro quinti del volume primitivo, se il principio acquoso non è rimpiazzato o trattenuto nell'organo da una sostanza non tanto facile ad evaporare; ed il perchè in questa così estesa riduzione avvengono delle screpolature più o meno abbondanti. Col processo di Frederig e di Duval si tenta di sostituire alla sostanza cerebrale la paraffina, ma la sostituzione riesce incompleta, per cui l'organo mantiene bensì nei primi mesi presso a poco il volume normale, ma successivamente esso va sempre più impicciolendo, per cui esso ci dà una pallida idea dell'organo nel primitivo suo stato. E a tutti questi processi ben si addice il nome di Mummificazione piuttosto che di Conservazione del cervello, essendo che essi riducono l'organo a quelle medesime condizioni che si trova una Mummia rispetto ad un cadavere umano.

Conoscendo i grandi vantaggi che ha apportato la Glicerina nelle preparazioni anatomiche, e sapendo come tale sostanza sia avida del principio acquoso, e non evaporabile, ho pensato di trattare la sostanza cerebrale con tale liquido. Siccome però il cervello si presenta molle e la glicerina non è atta a modificare gran fatto la consistenza del tessuto nervoso, così questo deve esser preventivamente indurito. L'indurimento per altro in questo caso diventa un fatto secondario, potendosi esso ottenere con sostanze diverse, le quali solo hanno influenza sul grado di consistenza del viscere o sulla colorazione che esso presenterà quando sarà completamente preparato.

Digitized by Google

Il processo adunque da me adottato si può dividere in due tempi: il primo riguarda l'indurimento della sostanza nervosa, il secondo il passaggio dell'encefalo convenientemente indurito nella Glicerina, e quindi le successive manualità destinate a rendere più durevole il preparato e meno soggetto ad avarie.

L'indurimento si può ottenere con diverse sostanze; Cloruro di zinco — Bicromato di potassa — Acido cromico — Acido nitrico — Alcool. La scelta d' uno o dell' altro di questi reagenti influisce sia sulla bontà del preparato, come pure sulla bellezza ed eleganza del medesimo.

(Continua).

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Diagnosi differenziale fra l'epilessia vera e l'istero-epilessia. — Charcot stabilisce la diagnosi differenziale fra l'epilessia vera, epilessia maggiore, come venne chiamata, e l'istero-epilessia nel modo seguente:

Della prima si conoscono le tre fasi:

1° Un'aura di breve durata, che non lascia tempo all'ammalato di prepararsi alla caduta.

2° Una seconda fase che comprende il grido iniziale, il periodo delle contrazioni toniche, quello dei movimenti clonici, poi il respiro stertoroso.

3° Una terza fase che manca in molti, e si potrebbe dire nella maggior parte dei casi, e che consiste in ciò che venne chiamato il delirio post-epilettico, periodo d'impulsione violenta o d'agitazione maniaca.

L'istero-epilessia ha una sintomatologia affatto differente.

1° L'aura è soventi molto lunga; dura un giorno, due giorni, anche più. — L'ammalato ha tutto il tempo che gli abbisogna per premunirsi contro l'attacco. La sensazione sale lentamente verso il capo e fa delle soste nel suo cammino. — Si potrebbe paragonarla ad una corda a nodi.

Digitized by Google

2° Arriva la fase epilettiforme. È dapprima un grido violento, prolungato, modulato. In una ammalata si poteva paragonare al fischio di una locomotiva. Poi viene il periodo delle contrazioni atassiche, estensione delle membra, rovesciamento del capo; poi quello dei movimenti clonici; e tutto ciò è seguito da un leggiero respiro stertoroso.

Ciò che precede si avvicina all'epilessia. Quel che segue appartiene in proprio all'isterismo. — Si osserva, d'altronde, come quasi un intervallo tra le due parti del dramma.

3° L'ammalata è presa allora da contorsioni bizzarre, contorsioni che rispondono a nulla, e che non provocano alcun delirio. Il corpo si drizza sul letto, ricade, si rialza, si curva in un arco di cerchio, di cui la testa e i piedi formano le due estremità. Tutta questa ginnastica è incoerente, disordinata, fantastica quanto mai.

4° Essa cessa poco a poco per far luogo alla fase che potrebbe chiamarsi degli atteggiamenti delle passioni. Qui i gesti, le pose per violente che siano sono governati da un sentimento, o da un'idea, sentimento esaltato, idea delirante. L'atteggiamento esprime volta per volta i pensieri i più diversi; lo sguardo e la parola tradiscono in qualche istante la paura, la collera, il disprezzo, la tenerezza, la voluttà. Molti sono immersi in una specie d'estasi, gli occhi rivolti al cielo, le mani giunte, la fisionomia raggiante. Qualcuna presenta questo di particolare, che il delirio si manifesta coll'atteggiamento molto tempo prima di esprimersi con parole. Una giovine tedesca stava due ore immobile e muta, le braccia distese come crocifissa. Quand'essa si drizzava, intuonava il canto di Lutero, o qualche altra canzone religiosa. Noi potremmo a questo proposito domandarci, se nei casi di questo genere è l'idea delirante che comanda all'atteggiamento, o se al contrario questo non comanda all'idea delirante.

5° Infine sopravviene una fase che corrisponderebbe assai bene a quella del delirio post-epilettico dell'epilessia, quantunque il delirio non sia affatto simile nei due casi. Nelle isteriche dominano le allucinazioni e le illusioni. Ogni malata ha le sue allucinazioni favorite. L'illusione si riferisce talvolta alle persone che le circondano. L'isterica prende sovente il medico per una persona di sua conoscenza, e, secondo il caso, lo colma di gentilezze o d'ingiurie, di parole tenere o di motti insultanti.

Queste sono le cinque fasi dell'attacco istero-epilettico che non si può ragionevolmente confondere con il vero attacco epilettico.

Di queste fasi qualcuna può mancare; ma si può esser sicuri che l'ordine nel quale si succedono non mancherà mai.

(Tribune médicale e *Gazette des Hôpit.).*

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 22ª settimana dal 26 maggio al 1° giugno 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	12	4	16	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	1	1	» tubercolose, scrofolose	6	3	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	4	3	7	» nervose	»	1	1
Difterite e croup	2	4	6	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	3	3	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	»	1	» scirrose, cancerose	1	2	3
Morbillo	»	1	1	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	1	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	2	2	4	TOTALE	63	57	120
» miliare	1	»	1				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	4	4	Non appartenenti alla popolazione di Torino	3	6	9
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	1	2				
Avvelenamenti diversi	1	»	1				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 22ª settim.ª	66	63	129
Malattie dell'appar.° respiratorio	11	10	21	» nelle settim.e precedenti	1693	1735	3428
» dell'apparato dell'alimentazione	15	8	23				
» dell'app.° cardio-vasale	1	4	5	TOTALE complessivo	1759	1798	3557
» del sistema nervoso	3	6	9				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1531	1591	3122
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 22ª settimana	82	66	148	10	1	11
Nelle precedenti	1403	1328	2731	128	89	217
TOTALE COMPLESSIVO	1485	1394	2879	138	90	228

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

NUOVO PROCESSO
PER LA CONSERVAZIONE DEL CERVELLO

proposto dal Dott. C. Giacomini

(Continuaz. alla pag. 542, n. 17)

Cloruro di zinco. — Quando si adotta il Cloruro di zinco come sostanza indurante, conviene, appena si è tolto l'encefalo dalla sua cavità, immergerlo in una soluzione satura di cloruro di zinco. Se si teme che l'organo sia d'alquanto alterato nella sua compage per essere troppo lontana l'epoca della morte; oppure se si desidera di fare studi sui rapporti che esso presenta colla cavità in cui sta racchiuso, in allora conviene assaissimo di praticare una iniezione a lieve pressione di circa 600 grammi di detta soluzione per le carotidi interne. Operando in tal modo il liquido imbeve la sostanza cerebrale e dà subito ad essa una maggiore consistenza, e può essere per alcuni giorni mantenuto nella sua cavità, senza che subisca alterazione alcuna, tranne di una lieve diminuzione nel volume.

Digitized by Google

Il grande vantaggio che presenta l'uso di tale sostanza si è che l'encefalo immerso nella soluzione satura galleggia, essendo di un peso specifico minore, e quindi conserva la sua forma normale anche quando si trova d'alquanto rammollito. Ed egli è perciò necessario di fare cambiare nelle 24 ore una o due volte la posizione, onde tutte le parti vengano al contatto del liquido e l'indurimento si faccia uniformemente.

Dopo aver dimorato per 48 ore in detta soluzione la parte superficiale del cervello si trova già abbastanza consistente da poter venir con molta facilità spogliata dall'aracnoide e pia madre. Per ciò fare non è conveniente d'estrarlo dalla sua soluzione, o se si estrae deve essere tosto immerso nell'acqua onde non abbia a deformarsi.

Si lascia così nella soluzione per altri due o tre giorni. Quanto più l'indurimento della sostanza nervosa procede verso l'interno, il peso specifico dell'organo si fa maggiore, e tende in allora a guadagnare il fondo del vaso. Questa è l'epoca in cui il preparato deve essere trasportato nell'alcool del commercio. Un soggiorno più prolungato nel cloruro di zinco sarebbe dannoso, essendochè si approprierebbe dell'acqua a detrimento della sua consistenza. L'osservazione mi ha dimostrato che sotto l'azione della soluzione di cloruro di zinco l'encefalo perde nel suo peso assoluto di $\frac{1}{20}$ ad $\frac{1}{25}$; per cui, se aumenta il suo peso specifico, ciò è dovuto alla riduzione nel volume dell'organo che sempre si opera dal cloruro di zinco.

Nell'alcool del commercio l'encefalo per il maggior peso specifico acquistato non solo tende con

Digitized by Google

maggior velocità a guadagnare il fondo, ma le parti soprastanti gravitando su quelle che vengono al contatto del vaso, queste restano più o meno compresse e deformate. È questa una difficoltà che ha sempre preoccupato coloro che desideravano avere cogli ordinari processi di conservazione un preparato che fosse un fedele rappresentante dell'organo nelle sue normali condizioni. Per ovviare a questo inconveniente conviene smuovere continuamente l'encefalo per modo che tutte le parti vengano al contatto diretto dell'alcool e tutte sopportino per breve tempo il peso dell'organo. Egli è d'uopo fin da principio essere avvertiti, che chi desidera preparati del cervello il più possibile perfetti, qualunque sia il processo che adotti, in questo primo tempo conviene che abbia delle cure diligenti ed incessanti, onde l'organo non resti in qualche parte viziato. Il preparato deve essere giornalmente visitato per provvedere a quelle eventualità che fossero per nascere.

Il soggiorno nell'alcool può essere indefinito. Se però si desidera completare al più presto il preparato bastano 10 o 12 giorni, tanto più se si ha l'avvertenza di rinnovare in questo frattempo il liquido due o tre volte, perchè il cervello raggiunga quel grado di consistenza necessario per essere trasporin glicerina.

Io uso generalmente la glicerina bianca quale ci viene dal commercio senza far subire ad essa alcuna modificazione: ma si può con molto profitto adoperare la glicerina fenicata all'1 per 100, oppure mista ad altre sostanze, purchè queste non alterino il colore della glicerina, in modo diverso tale fatto avrebbe una influenza sulla colorazione della superficie cerebrale.

Digitized by Google

L'encefalo estratto dalla soluzione di cloruro di zinco si presenta resistente, la diminuzione di volume è appena sensibile, le scissure sono leggermente divaricate, il colore è biancastro, ma se si ritarda d'alcuni giorni a spogliarlo delle sue membrane, sul decorso dei grossi vasi manifesta un colore ruginoso per imbibizione delle sostanze coloranti del sangue. La consistenza diventa maggiore allora quando si estrae dall'alcool, è un po' più impicciolito e le circonvoluzioni più strette fra loro. L'immersione nella glicerina non fa subire nessun cangiamento alla superficie cerebrale, nè nel colore, nè nella consistenza, nè nel volume; varia però il peso assoluto dell'encefalo. Allorquando esso vien immerso nella glicerina sporge d'alquanto dalla superficie del liquido. Ma quanto più l'alcool si va evaporando e la sostanza nervosa si infiltra di glicerina il pezzo si affonda sempre più, finchè esso resta a fiore del liquido. Quando ciò succede il preparato ha soggiornato sufficientemente nella glicerina, da poterlo estrarre ed esporre liberamente nell'aria atmosferica.

Generalmente un encefalo perchè possa dirsi convenientemente preparato deve guadagnare in peso da 150 a 200 grammi nel suo soggiorno nella glicerina, e questo aumento di peso l'acquista nello spazio di 20 a 30 giorni, secondo il volume del pezzo.

Estratto dalla glicerina il preparato è deposto in un luogo conveniente perchè possa evaporare, e dopo alcuni giorni, allorquando la superficie sia divenuta asciutta, si distende sulla medesima uno strato di vernice di gomma elastica o meglio di glue marino diluito con un po' d'alcool. Egli è d'uopo succes-

Digitized by Google

sivamente rinnovare questo strato di vernice, onde tutta la superficie ne sia uniformemente coperta. Convien ancora avvertire che codesta inverniciatura non ha per iscopo di impedire l'evaporazione dei liquidi che imbevono la sostanza nervosa, essendo impotente a ciò per quanto ripetuta essa sia, ma essa è fatta per difendere la superficie cerebrale dal polviscolo atmosferico, e dal contatto di corpi estranei, che potrebbero comprometterne la bellezza. Ciò che deve impedire ogni evaporazione, si è la glicerina, la quale per la sua igroscopicità rattiene l'acqua nel cervello ed impedisce di evaporare; e difatti io presento dei pezzi i quali sono da oltre dieci mesi che sono esposti nell'aria atmosferica, senza essere difesi da alcun strato di vernice, ed essi si sono conservati con tutti i caratteri che avevano il giorno in cui furono tolti dalla glicerina, ed hanno diminuito pochissimo del loro peso assoluto.

I preparati ottenuti con tale processo io credo che possano soddisfare i più esigenti in cose d'anatomia, tanto più che si tratta di un viscere che sfuggì sempre agli ordinarii metodi di conservazione che sono applicati così utilmente alle altre parti del nostro organismo. Con esso infatti l'aspetto della superficie cerebrale ricorda precisamente la normale, sia per la colorazione, come per la delicatezza con cui si presentano le pieghe della superficie del cervello. La sostanza nervosa è cedevole, possiamo allontanare con grande facilità una circonvoluzione dall'altra onde scorgere la profondità della scissura divisoria, e vedere se al fondo di essa si trovino delle pieghe anatomiche, delle quali è necessario tenere un grandissimo conto, quando si vuole stabilire la divisione fra i

Digitized by Google

diversi lobi di cui consta il cervello, ovvero studiare le circonvoluzioni che concorrono a formare un dato lobo.

Ma vi ha di più; sui pezzi di sostanza nervosa conservati da dieci mesi con tale processo, io ho praticato delle sottilissime sezioni microscopiche, le quali si eseguiscono con abbastanza facilità, senza che la sezione si screpoli in alcun punto, e convenientemente colorate le sezioni con gli ordinari metodi, si potè distinguere la sostanza bianca dalla sostanza grigia, le località ove si trovano fibre nervose, da quelle che contengono cellule. Ma non è possibile in tali preparati di riconoscere alcuna particolarità che presentano gli elementi costitutivi. E si comprenderà di leggieri come tale fatto non sia un inconveniente del processo di cui stiamo discorrendo, ma piuttosto della delicatezza somma della sostanza nervosa, e dell'epoca molto tardiva in cui furono raccolti i pezzi dopo la morte. In tali condizioni ognuno sa che anche i migliori metodi di conservazione falliscono allo scopo. Ma nel caso nostro l'esame istologico non è quello che ci preoccupa, essendochè, se volessimo ciò fare, dovremmo usare ben altri procedimenti; solo ho voluto indicare tale fatto per dimostrare che il pezzo, così preparato, può essere facilmente sottoposto a convenienti sezioni, sulle quali si osservano macroscopicamente tutte le particolarità che sono visibili allo stato fresco. Quindi, quando un pezzo dimostri sulla sua superficie disposizioni, delle quali sia interessante di riconoscere il rapporto colle parti profonde, noi possiamo ciò fare qualunque sia l'età del preparato.

Ma se si desiderano avere sezioni degli emisferi, le quali dimostrino il rapporto delle circonvoluzioni

Digitized by Google

con le parti interne, oppure il modo con cui sono disposti i gangli cerebrali, torna più conveniente il praticare dette sezioni prima che il preparato sia trasportato in glicerina, ed allorquando ha già sentito l'azione del cloruro di zinco e dell'alcool. Queste sezioni che sono di grandissima utilità per lo studio della conformazione interna del cervello, si possono solamente praticare su cervelli induriti col cloruro di zinco e col bicromato di potassa, quelli invece che hanno sentita l'azione dell'acido nitrico divengono più duri, friabili e non si riesce giammai a far tagli netti e regolari, nè è possibile distinguere in questi tagli il modo con cui si comportano le parti interne.

Io conservo sezioni praticate da circa un anno (nel passato luglio 1877), le quali hanno conservato l'aspetto ch'avevano nel primo giorno in cui vennero praticate. È questo un vantaggio che non fu realizzato da alcuno dei processi di conservazione fino ad ora conosciuti, ed io credo che costituisca una vera superiorità di quello da me indicato.

Bicromato di potassa. — Invece del cloruro di zinco possiamo adoperare, per indurire la sostanza cerebrale, il bicromato di potassa oggidì così diffuso nello studio della intima struttura delle parti che compongono il nostro organismo. In principio basta una soluzione al 2 0[0], la quale poi verrà sostituita da un'altra al 3 ed anche al 4 0[0]. In questo liquido è necessario che il pezzo soggiorni per un tempo vario, il quale però non deve essere minore di un mese. Convien rimuovere frequentemente il pezzo, essendo che, avendo esso un peso specifico maggiore della soluzione, tende a poggiare sul fondo del vaso. Nei primi giorni dell'immersione egli è

Digitized by Google

d'uopo che il cervello venga diligentemente spogliato dalle sue membrane, onde il liquido possa più facilmente far sentire la sua azione sulle parti più profonde. Il liquido deve essere rinnovato frequentemente, vale a dire ogni settimana, e deve essere piuttosto abbondante relativamente al volume del preparato. Malgrado tutte queste precauzioni, allorquando si desidera preparare un intiero encefalo, in molti casi rammollisce verso la parte interna, ed allora si riconosce facilmente all'aspetto globoso che vanno assumendo gli emisferi cerebrali ed alla cedevolezza che presentano le circonvoluzioni; in questi casi il preparato non serve allo scopo nostro e deve essere distrutto.

Prima di passare nell'alcool il pezzo preparato col bicromato dovrà soggiornare per alcuni giorni nell'acqua onde toglier l'eccesso del bicromato; però è bene notare che prolungando il soggiorno nell'acqua non si riescirà a togliere e neanco a diminuire gran fatto il coloramento impartitogli dal bicromato, mentre si danneggerà il preparato, essendochè esso assorbirà dell'acqua, la quale nuoce grandemente al suo esito finale. Il soggiorno nell'alcool è di breve durata, bastano generalmente 6 od 8 giorni. Però i preparati induriti col bicromato possono essere trasportati direttamente nella glicerina senza passare per l'alcool. Ed io vi presento preparati fatti in tal modo, i quali sono presso a poco identici a quelli che hanno subìta l'azione dell'alcool.

Acido nitrico. — Se si desidera dare una maggiore consistenza alla sostanza cerebrale conviene in allora, prima di adoperare il bicromato di potassa, che il pezzo sia indurito nell'acido nitrico.

Digitized by Google

Una soluzione del 10 o del 12 %, ed il soggiorno di 12 a 15 giorni, è sufficiente per dare all'encefalo una grande consistenza. Questa soluzione ha il vantaggio comune al cloruro di zinco, che il preparato galleggia sul liquido, ed il 5° circa della superficie rimane allo scoperto, per cui anche qui è d'uopo capovolgerlo parecchie volte, onde tutte le parti risentano l'azione del reagente. L'indurimento coll'acido nitrico produce una riduzione del volume dell'organo presso a poco eguale a quella degli altri liquidi già accennati; e la sostanza assume un color giallognolo. Così indurito può venire con grande facilità spogliato dalle sue membrane, ma conviene usare tutte le precauzioni indicate per tale operazione, essendo che la sostanza nervosa è molto friabile, e si sgretola tosto ad un contatto un po' prolungato, e non troppo delicato.

Così può trasportarsi nella soluzione di bicromato al 2, al 3 p. %, la quale penetrando nel tessuto nerveo aumenta grandemente la consistenza e diminuisce la friabilità. Dopo avere fatto sentire al pezzo così preparato l'azione dell'alcool del commercio, esso è pronto per essere trasportato in glicerina, seguendo le norme già sopra esposte.

Voi tenete sott'occhio diversi cervelli preparati coi tre processi descritti, e voi potete giudicare del valore ed utilità assoluta ch'essi possono avere, come pure potete, stabilendo il confronto fra i medesimi, dire quale sia quello che, mentre soddisfa a tutti i bisogni di studio, si allontani meno dal modo con cui si presenta l'organo allo stato fresco. Voi vedete come in tutti i preparati il volume è di poco diminuito, è alterata la colorazione della sostanza, come pure la consistenza. Ma queste qualità della sostanza

Digitized by Google

nervosa, non sono quelle che ci hanno preoccupato grandemente; se noi vogliamo avere una idea esatta di tali qualità è d'uopo studiarle sui cervelli freschi, malgrado che non sempre, anche così operando, sia possibile averne un concetto chiaro per la rapida alterazione. Il nostro scopo si fu di conservare la conformazione dell'organo ed i mutui rapporti delle parti che lo compongono. In preparati di tal natura non dobbiamo cercare tanto l'effetto, quanto piuttosto l'utilità che se ne può tarre.

I preparati fatti col cloruro di zinco superano però gli altri, e ci sono una fedele immagine dell'organo del pensiero; quelli fatti coll'Acido nitrico, attesa la loro maggiore consistenza, possono essere con grande vantaggio utilizzati nelle dimostrazioni per gli studenti. Inferiori io trovo gli altri induriti col solo Bicromato ed alcool, benchè essi si presentino sempre superiori ai cervelli preparati coi processi proposti dai diversi autori.

Altre sostanze potrebbero essere utilmente adoperate, oltre quelle già indicate per indurire il tessuto nervoso, e queste sarebbero l'acido cromico, l'acido cloridrico, e il bicloruro di mercurio, ma non avendo fatto sufficienti prove con detti reagenti, non credo opportuno di estendermi sopra di essi, bastandomi d'averli ricordati.

I preparati che presento all'Accademia, possono durare così inalterati indefinitamente. Infatti avendoli sottoposti ad una pesatura mensile, ho riscontrato come la grande maggioranza di essi non ha subìta da parecchi mesi alcuna variazione nel peso, il che dimostra come abbiano raggiunto il massimo grado di riduzione. Che anzi alcuni di essi hanno aumentato di pochi grammi nel loro peso

Digitized by Google

assoluto, il qual fatto deve essere attribuito alla grande igroscopicità della glicerina che imbeve il tessuto, la quale attira l'umidità dell'atmosfera, malgrado i pezzi siano rivestiti di una spalmatura idrofuga. È questa una circostanza la quale non compromette per nulla il preparato; ma per altro torna conveniente che una volta che il pezzo sia terminato venga posto in un ambiente, non troppo carico di umidità.

Io sono ancora indotto a credere che tali preparati possano avere lunga esistenza, considerando un emisfero cerebrale che già da oltre quattro anni fu preparato col processo da me indicato, e che fu il punto di partenza di questi studii, e malgrado esso sia stato dimenticato in un ripostiglio qualunque del Museo, esso conserva tutte le principali particolarità della sua struttura. Ma supposto anche che essi abbiano una durata di pochi anni, il che, come ognun vede, è una supposizione affatto gratuita, la loro utilità è così grande da cercare ogni mezzo per averne a disposizione un certo numero, anche quando dovessimo rinnovarli poi dopo qualche tempo.

Io non insisterò maggiormente per dimostrare la grande utilità che possono avere tali preparati per facilitare e diffondere lo studio dell'organo della mente. Aggiungerò solo che con tale procedimento noi possiamo preparare cervelli di tutti gli animali, dei quali si ha interesse a conoscere la disposizione delle pieghe cerebrali. Cogli altri processi la grande diminuzione di volume che subiscono tali cervelli, già per sè così piccoli, costituiva un grave inconveniente, e li rendeva improprii ad uno studio accurato. Col mio processo ai cervelli degli animali

Digitized by Google

è presso a poco conservato il loro volume normale come voi potete assicurarvene, nei cervelli di topo, di porcellino d'India, di coniglio, di gatto, di cane, di pecora, di volpe, di bue, d'asino e di cercopitechi che vi presento; e paragonando questi cervelli con quelli preparati con la paraffina voi tosto rileverete la grande differenza che passa tra gli uni e gli altri e la superiorità di quelli preparati con la glicerina.

Quando si avranno raccolti un gran numero di cervelli di animali non solo dello stato adulto, ma ancora dell'età giovane e della vita fetale, essi costituiranno un prezioso materiale per cercare di stabilire l'omologia della superficie cerebrale oggidì ancora molto controversa, e pur tanto necessaria, se si vuole dagli esperimenti fatti sugli animali dedurre sulle funzioni della corteccia cerebrale dell'uomo.

Tutti i cervelli dell'uomo hanno un'impronta speciale, una fisionomia loro propria che li fa distinguere gli uni dagli altri, e se fu detto che non vi sono due individui che si rassomiglino fra loro, questo adagio può essere applicato con tutta l'estensione della parola ai rispettivi cervelli. Col procedimento da me descritto, i tratti proprii a ciascun cervello sono immobilizzati, e molti particolari che sarebbero sfuggiti ad un rapido esame o creduti inutili, acquistano ben soventi importanza quando si studiano diligentemente e ripetutamente, e si paragonano fra loro. Mi limito solamente a ricordare a questo proposito le pieghe anatomiche. Questa è la distanza che separa il più rozzo dei preparati in questione, col più perfetto disegno o modello di cervello.

Digitized by Google

Ma dove possono avere una applicazione del massimo momento, i cervelli così preparati, si è nella Patologia. Allorquando ci è dato di riscontrare una lesione più o meno circoscritta della superficie del cervello, questa lesione può essere tosto localizzata in uno dei nostri preparati colla massima precisione; e mentre il vero cervello vien utilizzato per ricerche più diligenti, le quali valgano a far conoscere la natura, ed il grado della lesione, a noi rimane l'immagine fedele della sua sede e della sua estensione. È questo un vantaggio che è comune a tutti i cervelli conservati per mezzo dell'essicazione; ma il processo da me indicato conservando meglio le principali proprietà dell'organo, i preparati divengono meglio adatti a questo scopo.

Io ho già iniziato una raccolta di cervelli che rappresentano lesioni della corteccia, accompagnati dalla loro storia clinica, e se l'aiuto dei colleghi non ci verrà meno spero di poter aumentare per modo, che essa possa tornare di molta utilità agli studiosi che frequentano il Museo di Anatomia.

Io intanto vi presento sei emisferi, nei quali voi scorgete un tratto della corteccia variamente colorito, il quale ci esprime appunto la sede e l'estensione di lesioni che vennero riscontrate all'autopsia. Di due emisferi l'Accademia già conosce la storia.

Il primo che è un emisfero sinistro, in cui vedete interessata la Circonvoluzione frontale ascendente nella sua porzione più interna e la Circonvoluzione frontale superiore nel punto in cui si congiunge con la precedente, riguarda un ammalato morto all'Ospedale di San Lazzaro, e del quale io vi ho riferito brevemente la storia allorquando ho presentato all'Accademia quella donna,

Digitized by Google

alla quale aveva esportato una gran parte delle ossa del cranio. L'individuo soffriva d'intensissima cefalea ed era tratto tratto assalito da convulsioni, le quali interessavano l'arto superiore ed inferiore del lato opposto della lesione, e durante la quiete in queste parti si riscontrava un legger grado di paresi. Questo caso che sarebbe stato del massimo interesse per essere la lesione così circoscritta alla corteccia, non potè essere attentamente studiato, giacchè una polmonite doppia l'uccise dopo pochi giorni di soggiorno all'Ospedale.

In quest'altro emisfero destro è riprodotta l'immagine della lesione che presentava il cervello di quel ragazzo ricoverato al Manicomio, la cui storia fu comunicata all' Accademia dal dott. Albertotti e dal socio Mosso, i quali studiarono su questo individuo i movimenti del cervello. La lesione cerebrale corrispondeva ad una perdita notevole della scatola craniana avvenuta per trauma nella tenera età. L'individuo era idiota ed epilettico; e la lesione interessava, come vedete, la parte inferiore della Circonvoluzione parietale inferiore, la metà della Circonvoluzione parietale ascendente e l'estremità posteriore delle tre Circonvoluzioni temporali.

I punti colorati di questo terzo emisfero destro ci indicano una atrofia molto pronunciata delle ciconvoluzioni a cui essi corrispondono. L'affezione interessava le Circonvoluzioni temporali media ed inferiore in tutta la loro estensione: una parte della Circonvoluzione parietale inferiore e tutto il Lobo frontale ad eccezione della Circonvoluzione frontale ascendente. L'atrofia nel lobo frontale non era continua, ma, fatto

Digitized by Google

abbastanza singolare, qua e là spiccavano dei tratti di superficie cerebrale che si presentavano completamente sani. Il cervello così leso apparteneva ad una certa Candiani Luigia d'anni 31. Da quanto ho potuto raccogliere, l'ammalata presentava accessi dolorosissimi di contratture che si estendevano a tutto il corpo. Camminava colle stampelle, non poteva piegare le estremità inferiori e il braccio sinistro era grandemente indebolito con paresi. Malgrado l'intelligenza non fosse molto pronunciata in tale donna, non era però interessata dall'affezione cerebrale, e si conservò integra fino agli ultimi giorni di vita.

In questo quarto emisfero sinistro voi trovate una lesione della Circonvoluzione frontale inferiore nella sua parte più posteriore, nella metà inferiore della Circonvoluzione frontale e parietale ascendente, e nella temporale media nel tratto più posteriore; l'emisfero destro era completamente sano. La donna a cui apparteneva il cervello così alterato presentava come sintomo predominante afasia con integrità delle facoltà dell'intelligenza.

Finalmente in questi due emisferi appartenenti al medesimo cervello, la lesione si trova molto più circoscritta, interessando solo a sinistra la Circonvoluzione frontale ascendente nella parte sua più inferiore e l'origine da questa della frontale media ed un piccolo tratto della parietale inferiore; a destra la lesione era solo limitata alla parte inferiore della C. frontale ascendente ed al primo tratto della C. frontale inferiore. È notevole la quasi perfetta simmetria della lesione nei due emisferi. L'individuo con siffatta lesione soffriva da lungo tempo di contratture per-

Digitized by Google

manenti dei flessori delle dita delle mani, con pronazione forzata dell'avambraccio. Colto negli ultimi giorni di sua vita da insulto apoplettico presentò afasia, dilatazione delle pupille, deviazione dell'angolo destro della bocca ed integre le facoltà intellettuali. — Questi due ultimi casi furono osservati dal Dott. Fenoglio, il quale promette di farci conoscere più tardi tutta la storia clinica.

Queste poche osservazioni credo che bastino per dimostrarvi l'utilità che possono aver i preparati che ho l'onore di presentar alla Accademia; poichè voi comprendete facilmente che se invece d'avere sei soli emisferi così disposti noi ne avessimo un centinaio accompagnato ciascuno dalla sua storia clinica, essi costituirebbero un materiale del massimo interesse per chi deve iniziarsi nello studio delle lesioni cerebrali ed avrebbero pure un valore scientifico non indifferente per la fisiologia e patologia del cervello.

Siccome però queste raccolte non possono avere una certa importanza se non allorquando esse siano numerose e svariate onde stabilire facili confronti fra le lesioni ed i sintomi presentati, e siccome noi sgraziatamente non siamo nelle condizioni di ciò fare, così nell'interesse del nostro Museo Anatomo-Patologico io oso rivolgere una preghiera a tutti i nostri colleghi, i quali avessero l'opportunità di osservare malattie cerebrali, con esito fatale, di volerci invitare ad assistere alle autopsie, che tanto io, come i miei amici dell'Istituto, accetteremmo molto di buon grado; o per lo meno a volerci trasmettere le principali lesioni riscontrate, le quali saranno stereotipate su alcuno dei nostri preparati ed accompagnati dai dati clinici saranno depositati nel Museo a van-

Digitized by Google

taggio degli studiosi. Solo l'opera collettiva, può riescire a qualche utile risultato in un campo in cui, per vero dire, si ha ancora molto a lavorare prima di poter raccogliere un qualche frutto.

Un'ultima questione che non doveva certamente essere trascurata, e che sebbene a primo aspetto paia secondaria, tuttavia alcune volte ci impone, specialmente se si devono preparare un grandissimo numero di cervelli per ragioni di studio, si è la questione finanziaria. Egli è evidente che il processo da me proposto si generalizzerà solo allorquando alla semplicità vada congiunta una certa economia. Ora avendo fatto un calcolo approssimativo del costo delle sostanze impiegate, posso asserire che un cervello così preparato può valere 15 o 20 franchi; se si considera però che tanto la soluzione di cloruro di zinco, quanto la glicerina possono servire per preparare tre o quattro cervelli, come pure l'alcool può essere utilizzato in parte colla distillazione, il prezzo deve essere diminuito dei due terzi, e quindi con 7 o 8 franchi si può avere un eccellente preparato. Ma ripeto ancora che il valore di queste preparazioni non si deve tanto calcolare dal costo materiale dei reagenti chimici che vengono impiegati, quanto piuttosto dalle cure continue ed assidue che richieggono per la buona riescita, non solo nel momento in cui risentono l'azione dei diversi liquidi, ma ancora, e per parecchi mesi, dopo che vennero esposti nell'aria onde allontanare le diverse cause che potrebbero danneggiarli; e sotto questo aspetto devo dire che essi sono inapprezzabili.

Ringrazio l'Accademia della benevole attenzione che ha prestato a questa mia comunicazione, e domando scusa, se sono disceso in troppi minuti

Digitized by Google

particolari; ma se l'ho fatto, egli è che l'esperienza mi ha dimostrato che si è solo nella esatta applicazione dei minuti particolari che sta il segreto per ben riescire.

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Prof. Bizzozero *und D*r Salvioli — *Ueber den Bau und die Lymphgefässe der menschlichen sërosen Häute (Centralblatt f. Med. Wissensch.*, 1877, n° 42) — **Sulla struttura e sui vasi linfatici delle sierose umane.** — Or sono tre anni uno di noi scoperse e descrisse uno strato connettivo isolabile, molto sottile, sprovvisto di cellule, che giace immediatamente al di sotto dell'endotelio delle sierose, a cui perciò venne dato il nome di *membrana limitante.*

Lo studio del comportarsi di questa limitante nelle diverse sierose ci appare di grande importanza per decidere la questione ancora vigente sui rapporti tra i lumi dei vasi linfatici e le cavità sierose, perchè, come è noto, già prima d'un decennio innanzi erano stati descritti in alcuni animali aperti sbocchi dei vasi linfatici nelle cavità sierose, negli uomini però non era ancora stata trovata una simile disposizione.

Noi abbiamo prima d'ora pubblicato altrove le nostre ricerche fatte sul peritoneo diaframmatico. Dalle medesime spicca particolarmente che mentre la limitante si presenta in molti punti come una membranella continua, in altri appare interrotta da fori rotondi od ovali, talvolta qua e là irregolarmente sparsi o riuniti in gruppi. Questi gruppi sono di diversa forma e grandezza, e constano di 10, 30, 60 buchi del diametro di 4, 10, 16 mm. ciascuno.

Digitized by Google

Questa disposizione della limitante sta in stretto rapporto colla ripartizione dei vasi linfatici del peritoneo diaframmatico. Il lume dei vasi linfatici i più superficiali non viene dappertutto separato verso la cavità addominale da uno strato connettivo continuo, ma a grandi tratti limitato solo da una rete connettiva fornita dallo strato di sostegno (da noi così chiamato) giacente direttamente sotto la limitante. Su questa rete è stesa la limitante ed ancora colla particolarità che i suoi fori in generale corrispondono appunto alle maglie della rete connettiva. In questo modo vi esiste, astrazione fatta dei rivestimenti endoteliali, una aperta comunicazione tra il lume dei vasi linfatici e la cavità peritoneale. Questa disposizione anatomica non è maggiormente sviluppata al peritoneo del centro tendineo, sì bene in una parte del medesimo che riveste i muscoli giacenti immediatamente attorno al centro tendineo, dove i vasi linfatici sono più grossi e più abbondanti. Stimolati da questi risultati noi abbiamo esteso i nostri studii ai vasi linfatici della pleura del pericardio, e qui riferiremo brevemente sui loro rapporti colle cavità sierose. La struttura generale della pleura rimane a un dipresso eguale nelle sue diverse regioni. Se si fa astrazione della pleura polmonare, allora la pleura è costituita dai seguenti strati, non sempre eguali in spessore ed estensione dell'endotelio, le cui cellule giacciono sulla limitante, che a sua volta è stesa sullo strato di sostegno molto sottile, sotto questo sta il vero corpo della sierosa, che consta dello strato reticolare, dove esiste la rete linfatica superficiale; dello strato fondamentale, dove si trova la rete linfatica profonda. Il limite inferiore della sierosa è formato dal tessuto connettivo sottosieroso.

Alla parte periferica della pleura diaframmatica i vasi linfatici superficiali formano una rete molto fitta. Non pochi di questi canalicoli linfatici (i quali sono abbastanza larghi e sono immediatamente formati dalla divergenza di due fascii connettivi dello strato reticolare) giungono quasi in contatto colla limitante, dalla quale però il loro lume è separato per mezzo delle fine fibre dello strato di sostegno; conforme a ciò la limitante che passa sopra questi vasi linfatici non è provvista di fori. Nella porzione della pleura diaframmatica situata attorno al centro tendineo i rapporti tra i

Digitized by Google

vasi linfatici e la cavità sierosa sono molto simili a quelli delle corrispondenti parti del peritoneo. Se si osserva ad occhio nudo la membrana, allora si vede che i fascii connettivi dello strato reticolare, di solito disposti parallelamente al contorno del centro tendineo, molto sovente divergono per un tratto più o meno lungo. In questa guisa si formano lacune allungate, in generale egualmente parallele al centro tendineo, la cui comunicazione immediata coi vasi linfatici superficiali si può facilmente riconoscere mediante un'iniezione. Il limite di queste lacune verso la cavità pleurale è molto incompleto; esso è formato da una rete di fascii connettivi sui quali si trova estesa la membrana limitante riccamente perforata.

Nella pleura del centro tendineo è la zona periferica quella che può essere considerata come un prolungamento della zona peritendinea, nella sua struttura molto simile a quest'ultima.

Nella parte centrale al contrario i vasi linfatici sono più profondi e molto meno numerosi, e sono separati dalla limitante, priva di fori, per un tessuto connettivo spesso.

Nella pleura costale ed intercostale si trovano lacune linfatiche superficiali che ricordano molto quella della *Zona peritendinea*; non sono molto regolarmente sparse, ma però sono numerose e decorrono parallele alle coste. Il loro lume è verso la pleura limitato solo da trabecole connettive e dalla limitante perforata.

Finalmente nella pleura polmonare i fori della limitante che mettono in congiunzione i vasi linfatici colla cavità pleurale, sono molto scarsi, e s'osservano particolarmente nelle linee di limite tra i lobuli polmonari. L'endotelio della pleura appare come uno strato continuo, che consta di cellule di diversa grandezza. Non tutte le cellule sono regolarmente poligonali; alcune tra loro, specialmente le forme maggiori, mandano fuori dei prolungamenti della larghezza di 0,002 - 0,006 mm. e lunghezza 0,010 - 0,025, che decorrono sotto, o tra le cellule vicine.

Affatto diversamente si comportano i vasi linfatici nel pericardio. Il pericardio sottile viscerale permette solo isolare con difficoltà la limitante, alla quale ultima rimangono per lo più inerenti in discreta quantità le fibre dello strato connettivo sottogiacente. Il corpo della sierosa viene per mezzo d'una lamella,

Digitized by Google

formata da una rete fibrosa elastica elegante, separato in due strati, uno più spesso e profondo che si prolunga nel tessuto connettivo sottosieroso ed uno più sottile (0,045 — 0,100 mm.) superficiale subendoteliale.

In quest'ultimo vi esistono i vasi linfatici superficiali formanti una rete a maglie straordinariamente strette. Parecchi di questi vasi sono posti così superficialmente, che il loro lume verso le cavità sierose è limitato solo dalla limitante rinforzata da poche fibre connettive. Però in nessun caso noi fummo in grado di vedere fori nella limitante; quindi ci sembra giustificata la conclusione, che non vi esiste aperta comunicazione tra i vasi linfatici dell'epicardio e la cavità pericardica.

La rete vasale superficiale sta in unione, pei molteplici rami attraversanti la rete elastica sopracitata, colla rete linfatica profonda più irregolare a maglie più larghe consistente di fitti canali, che per parte sua passa verso la profondità nei vasi del miocardio. Lo spesso pericardio parietale è formato da alcuni strati sovrapposti consistenti di fascii connettivi paralleli. I fascii degli strati più profondi hanno l'aspetto tendineo. I vasi linfatici del pericardio parietale relativamente profondi, sottili, sprovvisti di contorni regolari, formano una rete a maglie larghe, la cui direzione s'adatta principalmente alla direzione dei fascii connettivi frapposti. Conforme al decorso profondo dei vasi linfatici noi non abbiamo mai visto dei fori nella limitante del pericardio parietale.

Ambedue i foglietti del pericardio sono coperti da uno strato endoteliale. Tra le cellule endoteliali s'incontrano soventissimo cellule più piccole, provviste di piccoli nuclei, le quali per adattarsi ai contorni delle cellule endoteliali circostanti assumono forme variamente ramificate e che ricordano le cellule pigmentate d'alcuni epitelii; probabilmente non sono altro che numerose cellule semoventi attraversanti lo strato endoteliale.

Dal sin qui detto risulta adunque che nell'uomo vi esiste realmente un aperto sbocco dei vasi linfatici nelle cavità sierose. Ciò s'osserva però solo in alcune sierose ed in alcune regioni di esse. La giustezza di questi risultati fu anche confermata per mezzo di iniezioni con sospensione d'*inchiostro di china*, le quali

Digitized by Google

erano fatte in modo che il liquido versato sulla sierosa alquanto distesa si lasciava a contatto con essa per 10-20 ore. Una tale iniezione dei vasi linfatici non riescì mai per il pericardio, essa riuscì invece per la pleura; però solo in quelle regioni dove l'esame anatomico ha riconosciuto fori nella limitante.

Dell'uso comparativo dell'escrina, atropina e duboisina nella terapeutica oculare, *del Dott.* L. DE-WECKER. — L'Autore fece tre anni fa all'Accademia delle Scienze di Parigi una comunicazione importante riguardo ad un nuovo processo di estrazione della cataratta, nel quale l'uso metodico della escrina ha una parte importante. — A partir da quest'epoca l'alcaloide della fava del Calabar prese posto fra i mezzi più in uso della terapeutica oculare, mentre fino allora non si ricorreva ad esso che nei casi rari di midriasi e in qualche circostanza accidentale.

D'altronde fino allora non s' era impiegato che l' estratto della fava del Calabar, che causava dolori se lo si instillava frequentemente, ed avea un' azione irritante e dannosa, riputazione di cui l'alcaloide ebbe difficoltà a liberarsi al suo primo apparire nella terapeutica oculare.

Wecker dimostrò allora che era di sommo vantaggio l'uso dell'escrina per assicurare un esatto rientramento dell'iride nell'operazione della cataratta e nello stesso tempo fece conoscere con qual potenza agiva sulla secrezione congiuntivale; di modo che la tema di impiegare tale medicamento dopo l'operazione della cataratta si dissipò prontamente. — Nella clinica di Wecker l'uso della medesima si generalizzò adoperandola non solo in questo caso, ma anche nelle suppurazioni corneali, e nelle perforazioni di questa membrana, riconoscendo quanto la stessa era vantaggiosa in queste circostanze. Laqueur rivendicò pure a questo medicamento una azione anti-glaucomatosa ben decisa che conferma pienamente la cicatrizzazione delle vaste soluzioni di continuo della cornea con perforazione.

Già venti anni fa il professore Castorani di Napoli aveva dimostrato nei conigli un fatto importante: cioè che producendo in essi delle soluzioni di continuo della cornea, e lasciando guarire

Digitized by Google

le une senza irritazione congiuntivale, e nelle altre stimolando la secrezione congiuntivale un tessuto trasparente rimpiazzava le perdite di sostanza nel primo caso, mentre che nel secondo, quando la suppurazione congiuntivale accompagnava la cicatrizzazione, questa rendevasi molto apparente. — Questo lavoro che da Wecker fu creduto degno di esame e di una analisi critica fu tenuto di poco valore in Germania finchè non sorse Conheim che colle sue ricerche venne a confermare il fatto emesso dal prof. Castorani. — Il professore Limi avea anche trovato che nell'ernia dell'iride la fava del Calabar faceva si che le parti molli infiltrate attorno alla porzione dell'iride protrusa si rischiarassero sensibilmente; la spiegazione data da lui era però falsa. — Il Calabar diminuisce la pressione oculare e non l'aumenta; l'atropina invece, specialmente in certe condizioni di filtrazione morbosa dell' occhio, può anche produrre coll' aumento della pressione intra-oculare un attacco glaucomatoso. — Il Calabar fa contrarre la musculatura delle pareti vascolari e le rende poco atte alla diapedesi; ciò si può constatare colla diminuzione di calibro dei vasi congiuntivali visibili dell'occhio. Questa azione anti-diapedesica si estende anche ai vasi profondi dell'occhio stesso.

Nella cheratite suppurativa con formazione di ipopion, Wecker ha potuto constatare che, fatta la paracentesi, l'ipopion si riproduceva adoperando l'atropina, e non si riproduceva invece se si faceva uso dell'escrina. Questa azione ha nulla a che fare con una azione antisettica. L'autore l'adoperava inoltre nei casi di vaste ulcerazioni, quando specialmente erano complicate da perforazione, ed in luogo d'una distensione stofilomatosa ebbe allora una cicatrizzazione piana. — Laqueur dimostrò empiricamente ch'essa ha una azione anti-glaucomatosa: e ciò è dovuto non solo alla sua azione di contrarre i vasi, ma anche all'azione meccanica della contrazione pupillare, come pure al contrarsi della porzione circolare del muscolo ciliare, che ricacciando l'iride verso la parte centrale rende più facile la filtrazione dei liquidi a traverso la principale via di filtrazione pericorneale — la via di Leber. — Quando l' esagerazione di pressione nel glaucoma è molto forte l'escrina non serve più, perchè non può nemmen più venir assorbita; la sua potenza terapeutica si manifesta quando si tratta di prevenire i fenomeni

Digitized by Google

glaucomatosi, ed è incontestabilmente della più grande utilità nelle perforazioni spontanee e traumatiche della cornea. — La guarigione delle soluzioni di continuo della cornea deve aver luogo sotto una pressione la minima possibile. — L'escrina può perciò servire in questo caso, riservando, in casi di forte tensione con vivi dolori e ipopion abbondante, di ricorrere inoltre alla paracentesi della camera anteriore. — Ricapitolando i fatti passati in rivista si può dire che l'escrina possiede qualità che possono esser riassunte nelle proposizioni seguenti:

1° Riduzione della pressione intra-oculare.

2° Diminuzione della secrezione congiuntivale per contrazione dei vasi;

3° Riduzione della diapedesi in generale;

L'atropina offre, per contro, proprietà che si possono così esprimere:

1° Aumento della pressione per dilatazione vascolare che può andare, in certi casi, fino a produrre fenomeni glaucomatosi;

2° Aumento della secrezione congiuntivale;

3° Rispingimento dell'iride verso l'angolo della camera anteriore, capace in certi casi di perforazione di favorire singolarmente la stasi nell'occhio dei liquidi destinati a filtrare al di fuori.

All'uso dell'atropina che Graefe instillava anche quindici giorni o tre settimane dopo l'operazione della cataratta, Wecker contrappose quello dell'escrina come quella che favorisce la cicatrizzazione procurando l'esatto rientramento dell'iride nell'occhio dopo l'estrazione del cristallino; con tutto ciò l'atropina non cessa d'essere un potente rimedio come midriatico, e come calmante quando s'abbia minaccia d'irite o che si sia già sviluppata l'infiammazione dell'iride, a meno che non si abbia rigidità delle membrane inviluppanti del globo oculare come nei vecchi, o non si tratti d'irite sierosa in cui l'azione dell'atropina potrebbe essere più dannosa che utile aumentando la tendenza alla tensione glaucomatosa.

Pare che l'azione favorevole esercitata dall'atropina nell'irite e nelle irido-coroiditi plastiche le venga disputata da un nuovo midriatico scoperto ora, la *duboisina*. Estratto di una solanacca d'Australia, questo alcaloide possiede incontestabilmente un'azione più potente che l'atropina senza mostrarsi perciò più irritante.

Digitized by Google

Adoperando la duboisina si ha midriasi molto rapidamente, a cui s'associa tosto la paralisi assoluta dell'accomodazione, mentre che per ridurre alla completa impotenza il muscolo ciliare fanno bisogno instillazioni ripetute di forti dosi d'atropina. Noi abbiamo perciò il mezzo di potere in qualche modo istantaneamente mettere un occhio a riposo, valè a dire, sopprimere immediatamente l'influenza che esercita l'accomodazione, ed essere in grado di calcolare rapidamente presso gl'ipermetropi ed i miopi il vero grado della loro refrazione; ciò non arriva coll'atropina se non dopo una certa perdita di tempo. — La duboisina può adoperarsi senza che desti i cattivi effetti dell'atropina, irritazioni della congiuntiva, congiuntivite follicolare con eczema delle palbebre, a cui quasi per idiosincrasia qualcuno va soggetto, e molti altri ne vanno affetti per l'uso prolungato della medesima.

Nulla si sa riguardo alla durata della tolleranza della duboisina; sono solamente per ora da segnalare i pericoli che può presentare attivando la pressione intra-oculare.

Quest'alcaloide agisce potentemente sulla pupilla sciolto in 120 volte il suo peso d'acqua; una soluzione di 1|60 di grano ha arrestato i sudori notturni di un ammalato; alla stessa dose ha determinato una gran secchezza della bocca; le esperienze provano perciò che l'azione della duboisina può ritenersi venti volte più potente di quella dell'atropina.

(Bulletin Gén. de Thérap. Médic. et Chirurg).

Brevi considerazioni intorno alla meningitide cerebro-spinale epidemica, *per il Dott.* Gaetano Leopardi. — La meningite cerebro-spinale epidemica non si conosce che dal principio di questo secolo, e più precisamente dal 1805, epoca in cui mi sembra ch'essa si presentasse per la prima volta in Europa. Alcuni vorrebbero trovarvi delle anologie con varie epidemie che dominarono nei secoli scorsi; nelle descrizioni di queste epidemie non si trova quell'insieme di pertinenze morbose che vengono descritte come proprie della meningite cerebro-spinale epidemica, la quale non conquistò un posto a parte nei quadri nosografici che nel 1837.

Digitized by Google

Prese le mosse da Genova nel 1803, essa visitò nel 1807 Grenoble e Vesoul e alcune Città della Vestfalia. — Nel 1837 assalì con molta forza ed estensione il suolo francese, ritornò nel 1846 e da quest'anno fino al 49 dominò in tutti i distretti territoriali precedentemente attaccati, non rispettando quelli che nelle prime epidemie erano stati risparmiati. — Nel 1839 si manifestò in Algeria e tre o quattro anni più tardi negli Stati Uniti, dove continua al dì d'oggi a manifestarsi sotto forma sporadica e sotto quella di piccole epidemie.

Nel 1844 comparve in Spagna e successivamente nella Danimarca, Isole Britanniche, Svezia; nel 1863 in Germania, nel 1864 in Russia.

Nella nostra Penisola si può dire che le epidemie si siano circoscritte alle provincie meridionali; pare che la malattia che nel 1824 si sviluppò in Torino e di cui si deve la descrizione a Bellingeri non sia da confondersi con la meningite epidemica.

La prima giovinezza e l'adolescenza costituiscono una forte predisposizione a contrarre la malattia, con tutto ciò gli adulti ed anche i vecchi possono esserne colpiti, come attestano diverse epidemie. Il sesso maschile e gli individui più sani e robusti vi sono maggiormente disposti; nella grande maggioranza dei casi il numero degli individui che vennero attaccati superò di gran lunga quello delle femmine. Riguardo alla professione non è consentaneo al vero, che quella del militare sia la più acconcia a disporre alla malattia; molte malattie si limitarono alla popolazione civile.

L'inverno e la primavera sono le stagioni più favorevoli all'irrompere della malattia; l'influenza però di queste stagioni è per noi oscura. L'ipotesi di coloro che vollero assegnare all'elevatezza, all'umidità ed altre condizioni del suolo un'influenza simile a quella delle stagioni, e di quelli che vogliono dare importanza a quell'insieme di circostanze che generalmente sono riconosciute capaci di favorire lo sviluppo del miasma palustre non regge alla critica.

La poca osservanza dei precetti igienici non ha altra importanza fuorchè quella che serve a facilitare lo sviluppo di quel principio infettante a noi ignoto, dal quale pare doversi ripetere

Digitized by Google

l'irrompere della malattia. A favore di questo principio infettante sta il fatto che non si può attribuire lo sviluopo delle malattie alle cause comuni accennate; inoltre il carattere quasi costantemente epidemico della malattia, la storia della medesima, che dimostra che essa non era conosciuta prima di questo secolo, e il suo irrompere improvviso su una gran parte del globo, l'essere assaliti dal morbo alcuni individui arrivati in paese infetto da altri paesi liberi affatto dalla medesima, un'indisposizione organica particolare che soffrono tutti gli abitanti di un paese durante le epidemie, uno stadio prodromico che pare doversi ammettere, sono pure altrettanti fatti che appoggiano il concetto dell'infeziosità della malattia. L'ipotesi della contagiosità della malattia è abbracciata ora da pochissimi, alcuni altri si mostrano ancora indecisi.

Da molti patologi è ammesso ancora al dì d'oggi che la meningite cerebro-spinale epidemica non sia che un modo speciale di manifestarsi di un'altra delle già note malattie da infezione. Da alcuni viene riguardata come una varietà delle febbri miasmatiche; ma ciò non può essere, poichè mentre l'una, la meningite, predilige l'età giovine e specialmente quella che precede la pubertà, la febbre miasmatica attacca preferibilmente gli individui più adulti e maturi. Di più, la differenza di stagione in cui esse preferibilmente si sviluppano, le epidemie di meningite osservate in luoghi in cui non sono affatto conosciute le febbri intermittenti, l'andamento diverso della febbre, le alterazioni anatomo-patologiche affatto dissimili ed altre ragioni ancora, come la diversità nei mezzi terapeutici e negli effetti dei medesimi, non ci permettono di considerare l'una come forma speciale dell'altra e attribuirvi un medesimo principio infettante.

L'Autore con analisi stringente e moderata viene pure a dimostrare che il tifo esantematico non può per nulla confondersi colla meningite cerebro-spinale epidemica; e ciò lo deduce dal criterio etiologico, dal carattere francamente contagioso del tifo, dall'apparire del medesimo in qualunque epoca dell'anno, dai fenomeni prevalenti nei loro quadri morbosi, dall'iperestesia cutanea che si può dire propria del tifo al primo periodo, dal carattere e diverso progredire delle eruzioni esantematiche, ecc. — Il fenomeno

Digitized by Google

che più le differenzia è la febbre; nel tifo l'elevazione della temperatura è rapida, in modo che arriva a 40 gradi nelle prime 24 ore, a cui giunge di rado anche nel suo decorso la meningite; inoltre nel tifo il suo andamento tipico o regolare può servire di fondamento di diagnosi. — Anche l'esame delle orine porge delle differenze notevoli. — La quantità dell'orina è per lo più aumentata nella meningite e può andare fino ad una vera poliuria; inoltre in essa oltre a qualche traccia di zucchero le orine possono presentare una certa quantità di uroeritrina, rara a riscontrarsi nel tifo ed un aumento dei fosfati terrosi, che in quest'ultimo invece si trovano diminuiti. — Si differenziano ancora affatto per le alterazioni anatomo-patologiche. La mortalità che nella meningite è di 40 e più per cento, non ascende che a 20 o 25 nel tifo esantematico.

L'Autore termina le sue brevi considerazioni riportando la storia di due ammalati da lui osservati in Clinica, colla quale egli venne a dare il quadro morboso della meningite cerebro-spinale epidemica, e dei suoi reperti anatomo-patologici. — Egli esponendoci i fenomeni proprii della meningite stabilisce gli elementi che ci devono servir di guida nella diagnosi della medesima; essi si deducono dall'insorgere della medesima, dal carattere della febbre e dal complesso dei sintomi che stanno a dimostrare una lesione dell' asse cerebro-spinale, dall' esame delle orine, e dal carattere dell'eruzione cutanea, ecc. Dimostra che i reperti anatomo-patologici hanno caratteri speciali che la distinguono dalla meningite semplice; mentre in questa si limitano per lo più alle convessità del cervello e solo raramente interessano la regione della base, nella meningite cerebro-spinale epidemica le alterazioni anatomo-patologiche sono estese e specialmente gravi ed intense alla base del cervello ed al midollo spinale; inoltre il sangue nella meningite cerebro-spinale epidemica si presenta nero, denso, sciropposo.

Fisiologia del cadavere — *Prof.* Lombroso — *Fenomeni vitali postagonici - Respirazione e circolazione* — Cessato il respiro, perdura, di solito, qualche battito del cuore, e ciò arriva

Digitized by Google

specialmente nei neonati asfittici nei quali, assai di frequente, l'attività cardiaca continua per molte ore. La stessa cosa accade, benchè più di rado, anche negli adulti, come è provato dalle osservazioni di Henle, di Onimus e di Lombroso.

Henle contò settanta pulsazioni al minuto in un decapitato, mezz'ora dopo la morte. Onimus in altro decapitato osservò contrazioni spontanee dell'orecchietta destra, due ore dopo il supplizio. Lombroso vide l'orecchietta di un coniglio decapitato contrarsi 64 volte ogni minuto, dopo un'ora e venti minuti — 44, dopo un'ora e quaranta minuti, ed una volta, dopo due ore e quaranta minuti.

Più rara è la persistenza della respirazione, e s'osserva nei grandi traumi, nelle paralisi del cuore mosse da insufficienza valvolare o da degenerazioni grassose del miocardio. Verzin vide la bocca di due decapitati aprirsi a moti simili ai respiratori; ed il Lombroso osservò ripetersi il fatto molto vivacemente nelle teste spiccate di conigli.

Irritabilità. — Heppingen in molte esperienze vide persistere la irritabilità elettro-muscolare fino a due ore e mezza dopo la morte; Nysten, fino ad ore ventisette; Robin, fino a sei; Evrard e Dujardin, fino ad un'ora e mezza, e Onimus, fino a cinque ore. La reazione dura più a lungo nelle morti pronte; e quando è già cessata nei muscoli del tronco, del dorso, del palato, della faccia, ecc., continua ancora nel cuore destro.

Spermatozoi. — Nulla di certo sulla sopravvivenza degli spermatozoi, però Morgot, Valentin, Max Uppert, Hoffmann ne trovarono di vivacissimi nell'uretra o nei condotti deferenti d' individui di fresca e matura età, morti da 34, 83, 3, 72 e 26 ore.

Gastromalacia. — Quando il ventricolo contiene una grande quantità di succo gastrico o sostanze alimentari passate ad una forte fermentazione acida, come accade spesso nei lattanti, la mucosa del viscere si rammollisce e si trasforma facilmente in poltiglia, ed il sangue vi si fa più scuro. Qualche volta il rammollimento s'estende alle altre tonache ed anche all'intestino tenue, al cieco, all'esofago, al diaframma, alla pleura ed ai polmoni.

Riduzioni dei tessuti. — Se s'immerge un tessuto, un muscolo ad esempio, di animale morto da poco tempo in una soluzione di sangue arterioso, la soluzione da rutilante si fa scura, perchè il

Digitized by Google

tessuto s'appropria l'ossigeno del sangue. Questa è la ragione per cui nei morti di recente, il sangue esaminato allo spettroscopio fuori del contatto dell'aria appare oscuro, fatta eccezione, secondo Hoffmann, pei morti d'incendio, di fame, di freddo, e di alcuni veleni, in cui la forza riduttrice dei tessuti è paralizzata o distrutta.

Il sangue venoso per contro lasciato all'aria ne assorbe l' ossigeno e si fa rosso. Dipende in gran parte da questo fatto il colore più chiaro delle ipostasi esterne e dei cadaveri appena estratti dall'acqua od esposti a basse temperature nelle ghiacciaie. Egli è perciò che nelle autopsie si consiglia di descrivere subito l'aspetto del sangue, per non esporsi a scambiare gli effetti dell'aria con quelli dell'infiammazione. E siccome il sangue cadaverico è sempre nerastro, il carattere venoso di un vaso lo si dovrà dedurre dalla sua struttura anzi che dal colore del sangue che contiene.

La pelle anserina è più comunemente un fenomeno vitale mosso dalla contrazione delle fibre liscie muscolari della cute per effetto del freddo o della paura. Ma non di rado è postagonico, ed in questi casi dipende dalla rigidità cadaverica, o dall' essicamento ed abbassamento di porzioni di cute giacente tra i follicoli che vengono perciò a sporgere fuori. Robin l'osservò in un decapitato in cui cominciò e progredì colla rigidità cadaverica e s'estese ad una gran parte della cute.

Temperatura. — Il raffreddamento comincia d'ordinario nell'atto della morte e va aumentando per gradi fino a raggiungere la temperatura esterna, e ciò più o meno sollecitamente a seconda del genere di malattia che produsse la morte. È però notevole come nei morti di tetano, d'insolazione e di traumi al cervello ed al midollo spinale centrale la temperatura continua invece ad elevarsi, per 15 o 20 minuti, da 0,3 fino a 0,9 centigradi.

Il raffreddamento è sollecito nei morti di emorragia e di scottature, ed è invece lento nei soffocati. Negli attossicati il maggiore rialzo è prodotto da quei veleni che agiscono per asfissia o che eccitano grandi convulsioni toniche e cloniche, come la stricnina e la nicotina — il minimo da quelli che inducono prostrazione con notevole aumento del processo essudativo, come l' arsenico ed il fosforo, e ciò avviene anche nei morti d'alcool e di freddo.

Digitized by Google

Il raffreddamento è più pronto nei bambini, nei vecchi e nei magri, più lento nei grassi — più rapido nell'acqua e nell'inverno — più tardo nel letto, sulla paglia, nei letamai e nella state.

Il cadavere sembra più freddo dell'aria esterna, e ciò per la perdita di calore prodotta dall'evaporazione, e quest'impressione è tanto più sentita, quanto più umida è la superficie del corpo e più rapida l'evaporazione.

Secondo Casper il raffreddamento sensibile al tatto comincia tra l'8ª e la 10ª ora dalla morte, e secondo Seydeler diverrebbe completo dopo l'ora 23ª. Taylor e Wilks su 100 cadaveri esaminati trovarono che la temperatura segnava in media 25 gradi fra le due e le tre ore dopo la morte, 23,3 tra la quarta e la sesta, 21 tra la sesta e l'ottava, 17,2 alla duodicesima ora, e che il raffreddamento completo era rarissimamente ritardato oltre l'ora quindicesima. Roger crede potersi stabilire che la temperatura dei morti cali di due gradi ogni ora, e pretende che al 31° grado l'uomo o è cadavere o sta per diventarlo. Ma in ciò è contraddetto dal Lombroso, che vide sopravvivere malati di emorragia in cui la temperatura rettale era appunto discesa a questo grado. Il Lombroso nota inoltre all'appoggio di esperienze proprie come il carattere essenziale della temperatura postmortale stia, assai più che nell'abbassamento, nella disuguaglianza tra la temperatura esterna ed interna, tra la temperatura delle narici o della bocca e quella dell'ano; e mentre che il Wunderlich nell' uomo vivo non ammette, nemmeno nei casi patologici, una differenza che sorpassi le frazioni di un grado fra la temperatura dell'ascella o delle narici e quella dell'ano o della vagina, noi invece (così dice l'Autore) in quasi tutti i nostri esaminati trovammo una differenza che va da tre a cinque, fino a sei e ad otto gradi, e ciò in forme le più diverse, colite ulcerosa, infezione per gangrena, tifo pellagroso.

Sempre, secondo le esperienze del Lombroso, la maggiore uniformità è nei neonati, e la maggiore differenza nei morti d' infezione; e la putrefazione incipiente non esercita, da quanto pare, una grande influenza.

(*Continua*).

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 24ª settimana

dal 9 al 15 giugno 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	8	5	13	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	1	1	» tubercolose, scrofolose	2	7	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	3	1	4	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	1	5	6	» nervose	»	1	1
Difterite e croup	1	1	2	» ematiche	»	»	»
Coclussie	1	2	3	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	3	4	» scirrose, cancerose	»	»	»
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	1	1
Scarlattina	1	»	1	Marasmo senile e tabi diverse	2	3	5
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	1	1	2				
» tifoidea e tifo	»	2	2	TOTALE	49	57	106
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	»	»	Non appartenenti alla popolazione di Torino	7	9	16
Malattie chirurgiche e traumatiche	4	»	4				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 24ª settim.na	56	66	122
Malattie dell'appar.o respiratorio	9	7	16	» nelle settim.e precedenti	1830	1863	3693
» dell'apparato dell'alimentazione	11	9	20				
» dell'app.o cardio-vasale	1	3	4	TOTALE complessivo	1886	1929	3815
» del sistema nervoso	3	5	8				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1646	1709	3355
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 24ª settimana	71	60	131	»	2	2
Nelle precedenti	1557	1449	3006	141	92	233
TOTALE COMPLESSIVO	1628	1509	3137	141	94	235

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore PEROTTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

INDICE

DEL VOL. XXIII, SERIE III.

L'Accademia di Medicina al RE UMBERTO . PAG. 3

PARTE UFFICIALE

Reale Accademia di Medicina di Torino. Ufficio di Presidenza per il 1877-1878 . . » 5
Soci ordinari residenti per ordine di anzianità » ivi
Adunanze dell' Accademia, Pag. 7-12-65-97-225-289-321-385 388-417-449-452-513-522.

Memorie ed osservazioni originali.

Fubini e Mosso — Gemelli xiphoide juncti PAG. 13
Albertotti — Continuazione della Memoria intitolata: *Idiozia con perdita di sostanza ossea del cranio* . . . . . » 27

Digitized by Google

Bozzolo — Il salicilato di soda nel diabete mellite . . . . . Pag. 32

Albertotti e **Mosso** — Osservazioni sui movimenti del cervello di un idiota epilettico » 47-75

Perosino — Rapporto sopra due lavori del dottore Andrea Alfonso Vachetta, intitolati: *Sperimenti sulla trasfusioae del sangue con un nuovo apparecchio*, ed *Elementi di Patologia chirurgica degli animali domestici* » 67

Perassi — Rapporto sul libro del Dott. Fornari Federico, intitolato: *Il Carbonchio* . » 73

Tizzoni — Sulla patologia del tessuto nervoso » 129

Bozzolo e **Fiori** — Intorno al significato diagnostico del ritardo del polso della carotide sull'impulso del cuore . . . . . » 161

Colomiatti — Contribuzione allo studio dei tumori della parotide — Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta delli 15 marzo u. s. . . . » 324

Bottini — Estirpazione totale di gozzo parenchimatoso. Guarigione . . . . . » 353

Perassi — Gozzo voluminoso esportato con successo mediante il taglio e la legatura — Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta del 5 aprile 1878 » 389

Porporati — Necrologia del Prof. Bonacossa letta alla R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta delli 3 maggio 1878 . . » 396

Moleschott — Sull'efficacia curativa dell'iodoformio . . . . . » 454-481

Perotti — Rapporto sul lavoro del Dott. Enrico Toselli, Medico Direttore del Manicomio di

Digitized by Google

Racconigi, che ha per titolo: *Proposta di una Società di patrocinio per i pazzi della Provincia di Cuneo e considerazioni relative alla assistenza pubblica dei pazzi* . . . . PAG. 465

Porporati — Rapporto sul lavoro del Prof. C. GIACOMINI, intitolato: *Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali nell'uomo* » 525

Giacomini — Nuovo processo per la conservazione del cervello . . . . . » 535-545

PARTE NON UFFICIALE

Memorie ed osservazioni originali.

Pagliani — Un progetto di Ospedale per le malattie contagiose. Prelezione al Corso di igiene per l'anno 1877-78 . . . . PAG. 99-145
178-193

Porporati — Breve nota sulla pazzia da sifilide . . . . . » 208

C. Peyrani — Il sistema nervoso e la temperatura animale . . . . . » 226

Franchi — La posizione dei piedi nell'*attenti* » 242

Albertotti — Considerazioni medico-legali sopra un accusato di borseggio trattenuto nelle carceri . . . . . » 257

Digitized by Google

Porporati — Note Cliniche . . . Pag. 266-372
-434

Perotti — Consulto medico-legale . . » 291

Albertotti — La prosoplegia unilaterale . » 420

Rivista di giornali ed opere.

Lasegue e Farlet — La folie à deux, o pazzia comunicata . . . . . Pag. 118

Dally — De l'état et du délire malicieux . » 120

Leyden — Degli effetti terapeutici del cloridrato di policarpina . . . . . » 122

Reibel — Conseguenze dello spavento . . » 153

Brunetti — L'organo della parola . . » 155

Mordillon — Ago da far calze di 9 centimetri dimorante nel collo e simulante una frattura della cartilagine tiroide: uscita spontanea dell'ago in seguito alla formazione di un ascesso . . . . . » 156

Sée — Trattamento dell'asma coll'ioduro di potassio e coll'ioduro di etile . . . » 186

Inconvenienti nell'uso di ioduro di potassio . » 189

Debove — Un caso di latero-pulsione oculare nella paralisi agitante . . . . . » 190

Charcot — Corea ritmica isterica . . » 216

Berthier — Nevrosi complessa ed eccezionale vita in parte doppia . . . . . » 249

Laudrat — Un caso di scarlattina maligna guarito per mezzo dell'acido salicilico . . » 251

Digitized by Google

Didaye e Doyon — Terapeutica delle malattie veneree e delle malattie cutanee . . Pag. 274
Hutchinson — Sulla prurigine varicelliforme » 286
Patrick Manson — Osservazioni sulla malattia linfatica dello scroto e delle affezioni concomitanti . . . . . » 287
Harrinson — Lettura clinica su di un caso di febbre uretrale . . . . . » 376
Mollière — Dell'ernia della linea semi-circolare » 380
Tamassia — Docimasia auricolare . . » 409
Hetz — Du traitement de l'obstruction intestinale par le lavement à l'eau de seltz . . » 438
Boudet e Monod — Due casi di tetano a decorso lento . . . . . » 440
Lombroso — Tecnica necroscopica . . » 443-470-494
Max Scattelius — Studii esperimentali sulla produzione della pneumonite miliare mediante le inalazioni . . . . . » 476
Duplay — Du traitement du mal de Pott et de la scoliose par la suspension et le bendage platré d'après la méthode du Prof. Say, de New-Yock . . . . . » 501
Remak — Contribuzione alle alterazioni di sensibilità nella tabe dorsale . . . . . » 507
Michèl — Edema infiammatorio acuto sostanziale della superfice anteriore dell'epiglottide . » 508
Kohts und Tiegel — Influenza del taglio del vago sull'urto cardiaco e sulla respirazione . » 510
Cohn — Sul trattamento anemizzante delle malattie delle estremità . . . . . » ivi
Von den Velden — Sulla dottrina della dispepsia del tifo . . . . . » 511

Digitized by Google

Charcot — Diagnosi differenziale fra l'epilessia vera e l'istero-epilessia . . . . . Pag. 542
Bizzozero — Sulla struttura e sui vasi linfatici delle sierose umane . . . . . » 562
De-Wecher — Dell'uso comparativo dell'escrina, atropina e duboisina nella terapeutica oculare . . . . . » 566
Leopardi — Brevi considerazioni intorno alla meningitide cerebro-spinale epidemica . » 569
Lombroso — Fisiologia del cadavere . . . » 572

Chirurgia laringoscopica.

Margary — Fibroma angiomatoso inserto sulla corda vocale destra . . . . . Pag. 302
Alexich — Croup laringeo guarito col tubaggio della laringe . . . . . » 303
Lapponi — Due casi di peritonite a corso rapido senza febbre . . . . . » 306
De-Castro — Dell'uso dei tubi capillari nelle ricerche di medicina legale . . . . » 310
Careneuve — Nuovo metodo per scoprire il sangue nelle macchie sospette . . . . . » 311

Notizie.

Esposizione internazionale del 1878. — Esposizione delle scienze antropologiche . . Pag. 60
Necrologie . . . . . » 63-158
350-479

Digitized by Google

Programma di concorso ad un premio di L. 1000 decretato dall'Accademia Medica di Roma per la dissertazione che sarà giudicata migliore in argomento di igiene pubblica . . Pag. 126
Programma dei concorsi ai premi proposti dalla Reale Accademia di Medicina di Torino . » 222
Congresso periodico internazionale delle scienze mediche; 6ª riunione in Amsterdam, 1879 » 252
Onorificenze . . . . . » 254-312
Provvedimenti del Municipio diretti ad impedire la maggior diffusione della congiuntivite granulosa fra i giovani scolari . . . » ivi
Conferenze del Professore Mosso . . . » ivi
Programmi dei premi della Reale Accademia dei Lincei . . . . . » 313
Académie royale de médecine de Belgique. — Programme des question mises au concours » 477

Bibliografia.

Camuset — Manuale di oftalmia . . . Pag. 254
Heittel — La clinica contemporanea italiana e straniera . . . . . » 255

Digitized by Google

673,010

Digitized by Google

GIORNALE

DELLA

R. ACCADEMIA DI MEDICINA

DI TORINO

DIRETTO DAI SOCI

PORPORATI, PEROTTI, NOVARO, COLOMIATTI

Serie 3 – Vol. 24

ANNO XLI

TORINO, 1878

TIPOGRAFIA VERCELLINO E COMP.

Doragrossa, 33.

Digitized by Google

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 14 giugno 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Soci: Gamba, Peyrani, Borsarelli, Perazzi, Laura G. B., Giacomini, Martorelli, Lombroso, Bizzozero, Pertusio, Porporati, Valerio, Olivetti e Novaro.

Letto ed approvato il Verbale della Seduta precedente, si legge l'elenco delle seguenti presentazioni:

Denza *Prof.* Francesco. — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri.* Volume XII, agosto 1877, N° 8. Torino, 1878.

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere, serie II, vol. XI, fascicolo IX. Milano, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe. — *Bullettino Medico-statistico della città di Torino, N°* 22. Torino, 1878.

Taruffi Prof. Cesare. — *Caso di osteomalacia con osteomi multipli.* Milano 1878 (Estratto dagli *Annali universali di Medicina*).

Poi il **Presidente** comunica all'Accademia una lettera del Dottor Villavecchia, e di una del Prof. Van Beneden, con cui ringraziano l'Accademia, il primo per averlo nominato Socio corrispondente, ed il secondo per la parte che la nostra Accademia ha preso alla festa in onore del Prof. Schwann.

Quindi dà la parola al Socio **Lombroso**, il quale, presentando un getto in gesso del cranio del Volta, espone i caratteri che codesto cranio offriva, e nota in prima come avesse una delle

Digitized by Google

massime capacità, 1865 c.m. c. notate nei cranii di grandi uomini, e analogia col cranio Romano, col quale anzi avea identico l'indice cefalico, 77; nota poi come differiva dal cranio Comasco che tende al brachicefalo, simile in ciò al Fusinieri, il quale avea un cranio ultradolicocefalo, mentre i Veneti in genere hanno cranio brachicefalo, ed osserva come ciò non di meno l'ingegno del Volta sia stato d'indole assai meno sintetica, meno Romana, di quello del Fusinieri. Indica da ultimo che il cranio del Volta presentava alcuni segni di inferiorità, come ad esempio inspessimento notevole delle ossa, pronunciata lunghezza dell'apofisi stiloidea, ecc., alcuni dei quali però egli opina potersi fino ad un certo punto attribuire alla senilità.

Finita questa comunicazione, il Socio **Lombroso** presenta una memoria manoscritta del Dottor Riccardi su cento cranii Toscani, e prega l'Accademia a volerla pubblicare nel suo Giornale.

Il **Presidente** ringrazia il Socio Lombroso per la interessante comunicazione; quindi dietro osservazione del Socio Giacomini dice che la memoria del Dottor Riccardi può trasmetterla il Socio Lombroso stesso alla Direzione del Giornale.

Visto poi che nessuno dei Soci domanda la parola sulla comunicazione fatta dal Socio Lombroso, il **Presidente** chiede al medesimo qualche schiarimento sulla forma della fronte del Volta e sui rapporti che il Prof. Lombroso crede passino fra la forma della fronte e il grado più o meno grande dell'intelligenza.

Il Socio **Lombroso** risponde dicendo che l'esame dei cranii di molti grandi uomini ha dimostrato erronea la teoria dei frenologi.

Il **Presidente** dichiara chiusa la discussione sulla comunicazione del Socio Lombroso, quindi annuncia all'Accademia che nella prossima seduta di venerdì, 21 c. m., il Socio Novaro leggerà il Rapporto generale sulle opere presentate pel V Concorso Riberi; e dà poi la parola al Socio **Olivetti**, il quale legge un rapporto sul lavoro: *Studi ed Osservazioni intorno ai malati accolti in un quinquennio nella Clinica Medica di Firenze* del Dottor Gaetano Leopardi.

Finita questa lettura il **Presidente** ringrazia il Socio Olivetti, dicendo che il di lui giudizio oltremodo competente ed

Digitized by Google

imparziale torna ad onore del lavoro del nostro nuovo Socio corrispondente Dott. Leopardi, e ad onore della scienza e della pratica medica Italiana.

Scioglie poi la Seduta.

Il Presidente **Gamba.**

Il Segretario part. **G. F. Novaro.**

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

SOPRA IL RENDICONTO CLINICO DEL DOTT. GAETANO LEOPARDI

RAPPORTO LETTO DAL SOCIO OLIVETTI

nella tornata 3 maggio 1878

Il lavoro sopra il quale ho l'onore di riferirvi porta per titolo « *Studi ed Osservazioni intorno ai malati accolti in un quinquennio nella Clinica Medica di Firenze*, diretta dal Prof. Pietro Cipriani, per il Dott. Gaetano Leopardi, aiuto alla cattedra suddetta, volume primo, malattie costituzionali.

Desso fu stampato in Firenze in 1875 e mi era consegnato per rapporto nel 1876.

Era mia intenzione di compier il mandato quando fosse pervenuto all'Accademia il 2° volume, ma quantunque per circostanze indipendenti dall'Autore, questo non sia ancora stampato, io ottempero tanto più volentieri al desiderio dell'Autore riferendo per intanto sopra il primo volume, in quanto che contenendo esso il gruppo delle malattie costituzionali, può benissimo stare da sè.

Digitized by Google

Il volume è diviso in 2 parti. Nella 1ª le materie studiate sono la sinoca, la febbre tifoidea, le febbri intermittenti, la intermittente complicata da farcino, la febbre pioemica puerperale, la difterite, gli esantemi morbillo, scarlattina, vaiuolo, risipola e miliare. Nella 2ª le paratrofie, clorosi, morbo macaloso di Werloffio e lo scorbuto. Termina il libro un quadro sinottico degli ammalati curati nel quinquennio, e lo precedono una dedica al Professore Cipriani ed una prefazione

Il Dre Leopardi dichiara che il metodo seguìto nei suoi studi fu quello dell'osservazione e dello sperimento, persuaso come egli è che solo da un attento e compiuto esame di quanto cade sotto i sensi si possono ricavare dei principii rigorosi scientifici, principii che sorti in tal modo da una rigorosa sintesi empirica sono indistruttibili, come indiscutibili sono i fatti stessi: contrariamente a ciò che succederebbe a chi volesse interpretare fenomeni e fatti partendo da ipotesi e da astrazioni. In ciò l'Autore si è tenuto col Cipriani e col compianto Ghinozzi, a maestro il Bufalini, colui che fra i primi combattè le teorie, che a vicenda, in principio del secolo, avevano dominato nelle Università, poggiantisi tutte sopra astrazioni della mente speculativa, e vi sostituiva il metodo e la scienza empirica delle malattie, quello perfezionato da tutti i mezzi di indagine della scienza moderna, questa illustrata dalla fisiologia.

La Clinica medica di Firenze fa parte dell'Istituto di perfezionamento, è il complemento delle Università di Siena e di Pisa ed è aperto ai giovani medici che vi fanno 2 anni di tirocinio pratico a Santa Maria Nuova affine di acquistare le cognizioni pratiche necessarie all'esercizio professionale. La Clinica è fatta a quadrimestri da due professori, i quali hanno un aiuto che a sua volta è coadiuvato da un astante. Ciascun professore od il suo aiuto

Digitized by Google

sceglie per la Clinica i suoi malati fra quelli che si presentano allo Spedale (circa 30 al giorno), ed essi si collocano dapprima in una sala di deposito, fino a loro destinazione nei turni, la quale ha luogo la sera stessa del giorno in cui si sono presentati. Questo sistema offre al prof. facilmente la facoltà di potere in 2 anni presentare agli allievi i vari tipi di pressochè tutte le malattie per studi di confronto.

Scelgonsi per la Clinica ordinariamente le malattie acute e fra le croniche quelle che sono composte, o complicate, o poco conosciute in ogni loro pertinenza. Sopra le malattie croniche le più semplici i giovani vengono tratto tratto esercitati dall'aiuto fra i malati del deposito.

I letti per la Clinica sono 26, 14 per maschi, 12 per femmine; quanto ai medicamenti, vitto ed assistenza nulla manca in virtù d'una convenzione fra l'Amministrazione dello Spedale e la Direzione Superiore dell'Istituto. Ogni malato è affidato ad un giovane praticante, il quale raccoglie l'anamnesi, lo stato attuale, i dati termometrici ed uroscopici, il numero delle pulsazioni e del respiro e ne tiene registro in apposita cartella. Ai gabinetti di Anatomia patologica, di Chimica Organica si ricorre per tutte le indagini microscopiche e chimiche; l'allievo redige al termine di malattia dettagliata storia. Da ciò vedesi come nulla manchi a Firenze per un profittevole insegnamento clinico.

Nel quinquennio ebbersi 249 malati, 105 femmine e 144 maschi. L'Autore adottò una classificazione artificiale basata sulla sede delle malattie, dividendole in generali e locali, quelle suddividendo in due categorie; la prima contenente febbri o paraplastie e le paratrofie; la seconda dividendo in gruppi secondo l'ordine anatomico.

Come ho detto, il volume 1° contiene le malattie costituzionali divise in febbri e paratrofie: fra le prime figurano

Digitized by Google

la sinoca, la febbre tifoidea, le febbri intermittenti semplici e complicate da farcino, la febbre pioemica puerperale, la difterite e gli esantemi, morbillo, scarlattina, vaiuolo, risipola, miliare.

La febbre è il fatto comune che accompagna tutte le malattie suindicate, e che costituisce il principale, se non l'unico della sinoca. — Lasciate a parte le antiche teorie delle febbri, l'Autore non fa cenno che delle due principali che oggi dividono il campo medico; quello che la fa dipendere da disturbi primitivi del sistema nervoso e quello che la ripete da una alterazione dei processi chimico-organici della vita, per schierarsi fra i propugnatori dell'ultima, come quella che corrisponde meglio al fatto clinico e meglio si adatta alla interpretazione delle varie pertinenze del processo febbrile. Detta alterazione che vorrebbesi da alcuni riferire solo agli ordinari processi di ossidazione, resi più attivi dalla presenza nell'organismo di sostanze pirogene, egli, colla scuola fiorentina seguace del Bufalini, del Bennett e di altri, riporrebbe in insolite ed ignote metamorfosi organiche indotte dalle cagioni morbifere, — processo ignoto nella sua intima natura e nelle sue specifiche differenze, e « che non puossi altrimenti controsegnare se non pei caratteri clinici desunti da tutte le pertinenze manifeste dei morbi febbrili poste fra di loro in rapporto di causa ed effetto ». L'Autore accarezza l'idea del suo maestro Bufalini rapporto alla *diatesi febbrile* che comprende appunto le insolite ed occulte metamorfosi accennate, e che divide in due generi, *infiammatoria*, o delle metamorfosi progressive, e la *dissolutiva*, o delle metamorfosi regressive; quelle caratterizzate da aumento della plasticità e quantità della fibrina nel sangue, questa dalla diminuzione delle medesime.

Mentre le febbri tifoidi, miasmatiche, esantematiche,

Digitized by Google

od altrimenti infettive apparterrebbero alla dissolutiva, la sinoca apparterrebbe alla diatesi infiammatoria, e costituirebbe una entità nosografica distinta, sarebbe la vera febbre essenziale, indipendente da processo di flogosi locale, e non sarebbe tampoco la febbre tifoidea o tifo abortivo del Lebert, del Griesinger, alle convinzioni dei quali non si associa per i criterii desunti dalla nota eziogenia rispettiva della sinoca e del tifo, dai criterii semiologico e terapeutico, non che dal fatto della ripetizione frequente in uno stesso individuo della sinoca, quando invece il tifo ordinariamente assale una volta sola.

Lo studio dei 22 casi di sinoca osservati in Clinica nel quinquennio fornirono all'Autore criterii per ammettere la sinoca ed il tifo abortivo come due entità patologiche distinte; le note principali di distinzione sarebbero lo essersi manifestate in tutte le epoche dell'anno ed in seguito a cause reumatizzanti senza previa influenza epidemica, l'assenza per lo più di ogni processo morboso addominale, il corso celere da 3 a 15 giorni compresa la convalescenza, la temperatura che segnò prestissimo il suo massimo e non oltrepassò 39.5, l'assenza di eruzione, di disordini intellettuali, di grande abbattimento di forze, di diarrea, di meteorismo e di altra qualsiasi alterazione enterica, e finalmente la semplicità della cura che fu quasi negativa nella maggior parte, poche minestre e bevande alcaline, un purgante oleoso in due casi di complicazione gastrica, polvere di Dower nei casi di lieve flussione bronchiale e poche mignatte in un caso di complicante iperemia meningea.

Le febbri tifoidi furono solo 4 nel quinquennio; numero veramente piccolo confrontato con quello che si verifica ordinariamente nei grandi centri. L'A. fa dipendere questo fatto, sia dall'occorrere le tifoidi ordinariamente in estate ed in autunno, stagioni in cui la Clinica

Digitized by Google

è chiusa, sia specialmente dalle eccellenti condizioni igieniche della Città. Ciò ammesso ed invidiato alla Città nostra sorella, osserviamo però come non sia in una Clinica, dove le malattie si scelgono fra i malati presentatisi, che si debbano desumere le cifre statistiche della medica costituzione, bensì nelle sezioni o riparti, dove i malati si ricoverano come vien viene.

I 4 casi curati fecero un corso molto grave, quantunque nulla siasi riscontrato di particolare nel quadro clinico che l'A. sintetizza in modo completissimo; dove nulla manca quanto alla temperatura, alla frequenza del polso, all'esame statico, all'uroscopia ed all'osservazione delle singole funzioni viscerali delle tre grandi cavità splancniche.

Il trattamento fu condotto dalle indicazioni di cura indiretta e fu assai più igienico che medicamentoso. Temperatura equabile e poco elevata, nettezza, vitto convenientemente riparatore. Ghiaccio interno ed abluzioni ghiacciate contro la termogenesi eccessiva. Alcoolici nel collapso cardio-vascolare. Contro la diarrea bismuto ed anche nitrato d'argento, se quella ostinata. Contro la enterorragia ghiaccio e percloruro di ferro. Contro l'ipostasi polmonale poligala e vescicanti.

Si ebbero due morti sopra quattro malati, cifra invero assai sfavorevole, ma che trova la sua ragione nel fatto che ordinariamente ricorrono agli spedali le forme morbose le più gravi, e che conferma quanto sopra dissi, che non è in una Clinica che si debbano desumere le cifre per una statistica di una città. I due decessi avvennero, uno per doppia ed estesa ipostasi polmonare, l'altro per enterorragia.

I 4 casi osservati furono tutti di ileotifo; il Dott. Leopardi dichiara di non avere mai veduto nè in Clinica nè nella privata clientela alcun caso di tifo esantematico, o

Digitized by Google

dermotifo, tuttavia, per quanto egli ebbe, appena laureato, ad osservare in Carrara, dove fu mandato a curare una epidemia di quest'ultimo tifo, egli entra nella questione della identità o non identità delle due malattie, chiarendosi partigiano della non identità; la questione è trattata diffusamente passando a rassegna tutti gli attributi dell'una e dell'altra e rilevandone le differenze relativamente all'eziologia quanto alle predisposizioni rispettive, alla geografia, al modo loro diverso di comportarsi nelle epidemie, alla contagiosità, relativamente alla semiologia, quanto a' suoi periodi prodromico e successivi, e specialmente alla diversità rispettiva della curva termica, ed alle alterazioni anatomiche. Questo studio è condotto dall'A. con molto criterio diagnostico corredato da ricca erudizione attinta ai principali autori italiani e stranieri, e sarà letto utilmente dal giovane medico, come dal provetto.

Interessantissimo è il capitolo delle febbri intermittenti, e l'interesse non vuol essere desunto dal numero dei casi osservati, giacchè soli 10 occorsero nella Clinica in 5 anni, bensì dal modo con cui furono dessi clinicamente osservati e studiati in rapporto colle più interessanti questioni eziogeniche, patogeniche e terapeutiche. Larga messe vi si trova di erudizione in ordine specialmente ai più vitali postulati di igiene e di polizia medica; dove l'Autore, riconoscendo la necessità che i medici igienisti ed economisti studino bene le grandi questioni che si annettono a questo argomento, porta giudizi che rivelano l'uomo che accoppia alla dottrina acquistata collo studio, il senno che la guida nella osservazione e la rende feconda.

Furono oggetto di attenzione speciale la estensione e la ubicazione delle epidemie e delle endemie in rapporto colle condizioni geografiche e quelle telluriche generali

Digitized by Google

e speciali; fra queste quelle relative alle acque impaludate o stagnanti, alla miscela delle acque salse con le dolci, ai prati marciti, alle risaie, alle umidità proprie del suolo nei climi caldi ed a tutte quelle altre note che contribuiscono alla produzione della Malaria, compreso il *quid* avente nesso e legame colla presenza delle acque stagnanti del Salisbury; *quid* la natura del quale ritenuta da alcuni per animale, da altri più per vegetale, costituisce tuttora un mistero malgrado le osservazioni e gli studi del Salisbury, del Selmi e del Balestra, a proposito dei quali l'Autore pare dubiti che il costui *cactus peruvianus* e la varietà di *Palmelle* del Salisbury, come diversificanti nella forma, possono costituire il principio febbrigeno o miasmatico, la varietà di forma facendo supporre corrispondenti varietà di proprietà. I quali dubbi sarebbero secondo l'Autore roborati dai noti sperimenti del Bechi e del Pacini, i quali trovarono le alghe esistenti nell'acqua delle Maremme toscane uguali a quelle che trovansi nell'acqua delle regioni salubri e nell'acqua di qualsiasi luogo, compresa la distillata, se lasciata alcun tempo a se stessa; e dai fatti dovuti alle ricerche del Faralli e De-Silvestris, dei quali il primo trovò sporule simili per forma e grandezza ai seminuli delle alghe surammentate, nel vapore acquoso condensato sulle finestre di luoghi immuni affatto da febbri intermittenti, e dove gli abitanti non ne erano mai stati affetti, ed il secondo trovò alghe uguali a quelle del Selmi in una orina putrida di individuo che non ebbe mai febbri periodiche, nè abitò luoghi paludosi.

Di qualunque natura sia questo *quid*, Firenze, a quanto ci dice il Dottor Leopardi, pare godere di una rimarchevole immunità, il che spiegherebbe come soli 10 casi di periodiche siansi ritirati in Clinica nel quinquennio, ed ancora la più parte provenienti da luoghi più o meno

Digitized by Google

lontani, ed 8 su 10 recidivi. Il ristretto numero dei casi non impedì la varietà loro. — Diffatti si ebbero tre cachessie palustri, e varie fisconie epato-spleniche in tutti; si ebbero per complicanze due stati gastrici, una cardiopatia, con insufficienza mitrale, ed una affezione morvo-farcinosa; ebbevi pure una perniciosa. — L'esito felice in nove casi, fu funesto nel caso di affezione morvosa complicante. La degenza nell'ospedale variò da sette a quarantaquattro giorni, le ore dell'invasione dell'accesso furono preferibilmente le pomeridiane, la durata degli accessi fu da nove a quattordici ore, la temperatura variò da trentanove a quarantadue gradi, il polso da novantacinque a 145, la respirazione da venti a cinquanta; questa e quello non furono in rapporto sempre colla temperatura. Questa in tutti i casi cominciò ad aumentare anche prima della comparsa del brivido, ciò che si accorda con quanto osservarono Sidney Ringer, Jaccoud, Huppert, Buresi e la più parte dei clinici, quantunque l'accordo cessi riguardo al grado di temperatura che il corpo avrebbe già raggiunto quando compare il brivido, che sarebbe 39°, mentre, secondo l'osservato dell'Autore, il brivido incominciò sempre prima che il calore avesse toccato questo limite. Il *maximum* della temperatura fu constatato corrispondere sempre allo studio del caldo, e non a quello dei brividi. Alcuni prospetti dimostrano il successivo crescere e decrescere del calore, in rapporto cogli stadi della febbre.

Le osservazioni dell'Autore confermerebbero la natura chimica della febbre nell'intermittente contrariamente alla dottrina nervosa ammessa da altri. Lo studio delle orine confermò la osservazione clinica, quanto all'aumento della riduzione dei materiali, avente per prodotto l'urofeina, la uroxantina, l'uroeritrina e l'urea; non confermò la diminuzione dei cloruri e dei fosfati alcalini e

Digitized by Google

terrosi, diede risultati contrari alla teoria di Sidney Ringer circa il rapporto della elevazione della termogenesi coll'aumento della produzione dell'urea, ed a quella del Maggiorani rapporto all'aumento dell'urea da questi riferito all'aumento dei processi di riduzione operantisi nella milza in virtù dell'azione specifica della malaria inducentevi iperemia.

Niente di più semplice degli insegnamenti del Prof. Cipriani in ordine al trattamento delle febbri periodiche. Se non prevedesi una perniciosa, aspettare il 2° accesso, sia per poterlo studiare in tutte le sue pertinenze, sia perchè talora la intermittente guarisce da sè solo sottraendo l'infermo all'azione della causa specifica. Dopo il 3° accesso bisolfato di chinino (gr. 0,70 in tre parti prese ogni 2 ore nel tempo dell'apiressia, previa l'amministrazione di un emetico o di un purgativo se esistevano disturbi gastro-enterici. Continuare il chinino a dose decrescente per 4-5 giorni in caso che la prima dose tagli subito la febbre, in difetto ripetere la prima dose per continuare come sopra. Nelle perniciose subito lo specifico.

Altri potrebbe desiderare che in una Clinica fosse fatta anche un po' di parte alla sperimentazione di qualche succedaneo ad istruzione della scuola; io non oserei fare appunto, per ciò che prescrivere il rimedio riconosciuto il più attivo vuol dire guarire più sicuramente e più presto il malato, ed il professore di Clinica anzitutto deve essere curante dell'infermo, poi insegnante.

È singolarmente interessante la storia che l'Autore riferisce dettagliata della intermittente con complicazione morvo-farcinosa, la quale offrì molte difficoltà diagnostiche, difficoltà che dovevano mettere il pratico tanto più nell'imbarazzo per una parte, in quanto che le febbri terzane contratte in Maremma, che l'infermo, barocciaio di professione, aveva sofferto nel 1871 durante 9 mesi, e

Digitized by Google

l'abitazione del medesimo dappoi in luogo basso, dove la periodica è frequente, autorizzavano nel marzo 1873 l'Autore a diagnosticare per una nuova intermittente miasmatica una forma di pseudo-periodiche con accessi quotidiani dapprima distinti e man mano meno accentuati anche dopo l'insistenza dei chinoidei a sufficienti dosi, poi degli arsenichi, malgrado i quali la febbre dopo un mese circa di cura finì per farsi vieppiù grave e continua, come quella che si riconobbe poi sintomatica di morva, e per altra parte l'affezione farcino-morvosa, quantunque sospettata all'ultimo giorno, non potè essere diagnosticata che all'autopsia, perchè mancando in principio il criterio eziologico, che si conobbe poi, l'infermo avendo taciuto le circostanze che lo avrebbero avvalorato, e lo scolo morvoso delle nari non essendosi manifestato che all'ultimo giorno di vita, gli altri sintomi caratteristici del farcino, come papule, pustule, flemmoni, escara gangrenosa, sputi puriformi hanno potuto essere riferiti alla infezione pioemica, vuoi per depositi di pigmento nei capillari, vuoi per qualche processo flogistico suppurativo di ignota ubicazione.

Altri potrebbe forse mettere in dubbio che fin da principio la febbre, che si giudicò intermittente miasmatica, fosse tale e non piuttosto preludiante e sintomatica della morva. L'autore prevede il dubbio e dà buone ragioni in favore della sua opinione, siasi trattato di vera intermittente, durante il corso della quale sarebbersi estrinsecati gli effetti della infezione morvo-farcinosa allora latente.

Termina il capitolo una serie di tracciati termometrici relativi al caso di perniciosa ed a quello con complicazione morvo-farcinosa.

Anche la febbre pioemica diede alla Clinica del Professore Cipriani il tenue contributo di due casi. In entrambi la pioemia fu consecutiva al puerperio. La

Digitized by Google

pioemia fu confermata all'autopsia in entrambi i casi da ascessi metastatici al polmone; il punto di partenza del pus fu l'utero che mostrò ancora nel cadavere materia icorosa e purulenta nei seni venosi in corrispondenza dell'inserzione placentale.

Trattando della pioemia l'Autore passa in rivista le teorie sulla febbre puerperale e più specialmente le due più recenti e più accettate, quella cioè dei *localizzatori* e degl'*essenzialisti*, fra i quali ultimi egli si schiera ammettendo la esistenza della febbre puerperale come un'entità morbosa speciale distinta da ogni altra forma, fatto morboso osservabile nelle puerpere come nelle non puerpere, come peritonite, metrite flebite colle loro terminazioni. La terminazione in *pus* delle accennate flogosi viscerali e membranose con assorbimento produrrebbero una febbre che non è la puerperale, bensì la pioemica. Il lettore troverà dovizia di ragioni di questa distinzione e della preferenza che l'Autore dà alla teoria essenzialista nel capitolo di cui è parola.

Cinque casi di difterite stati curati felicemente in Clinica nel 1872-73 diedero occasione al D^re^ Leopardi di studiare questa malattia e di comporre un capitolo su di essa, il quale deve l'interesse che desta in chi lo legge non tanto al frutto della osservazione clinica fatta sopra i detti casi, che invero sarebbero troppo scarsi per inferirne deduzioni e leggi patologiche, ma anche a quello che l'Autore potè ricavare in città durante la nota influenza epidemica, e sopratutto allo studio fatto complessivamente dai sanitari fiorentini, molti dei quali distintissimi trattarono in riputatissime pubblicazioni l'argomento in modo maestro. In questo capitolo il lettore troverà trattato con sufficienza di profondità la storia della difterite, il modo di estendersi di essa, trova vagliate le varie teorie sulla sua natura infeziosa, contagiosa e parassitaria, in ordine alla

Digitized by Google

quale l'Autore ammettendo i parasiti li ritiene piuttosto effetto che causa del morbo, trova notate le condizioni organiche favorevoli al suo sviluppo, trova trattata con molto acume la questione, se la difteria sia morbo primitivamente locale o morbo primitivamente generale, nella quale l'Autore dichiarasi infezionista.

Interessante assai è pure il raffronto che fa l'Autore fra la difteria e le febbri esantematiche, specialmente morbillo-scarlattinose raffronto tratto e dalla comune provenienza dall'Asia e dalla predilezione comune per l'età infantile, dal dominio loro epidemico, dal frequente imperversare loro simultaneo, da una certa somiglianza reciproca quanto allo sviluppo dei sintomi, al decorso ed alla cura loro; la quale cura, per quanto spetta specialmente alla difterite, è dettata dall'Autore sulla scorta della più gran parte dei clinici che ebbero in Firenze ed altrove maggiore opportunità di bene studiarla, è dettata, dico, coll'impronta della sua convinzione di essenzialista, trattarsi cioè di un processo morboso generale, al quale non hannosi mezzi di cura diretta. Ecco come è esposto il trattamento adottato: « Dovemmo limitarci a togliere « le indicazioni dal modo con cui si manifestavano alte- « rate le azioni tutte dell'organismo e specialmente dello « stato delle funzioni nervèo-muscolari, e dalla intensità « della febbre. E siccome fu, in ogni caso, rilevante un « certo grado di adinamia, cercammo di combatterlo con « l'uso di brodi ristretti e di vino generoso. Contro la « temperatura poi, che fu spesso elevata, ordinammo il « largo uso di bevanda ghiacciata, e nell' individuo che « ebbe delirio, ghiaccio sul capo, giudicandolo dovuto ad « eccitamento incongruo dell' encefalo dipendente dal « principio specifico della difterite. Cessata la febbre, « fummo un po' larghi nel vitto e nei tonici e ricosti- « tuenti. Relativamente alla località, ci limitammo a fare

Digitized by Google

« eseguire ogni 6 ore delle insofflazioni con fiori di zolfo,
« ed alle polverizzazioni dell'acqua di calce e di Pagliari,
« e non che a gargarismi cogli stessi liquidi. Ci attenemmo
« a questi semplici mezzi riconosciuti i più idonei a faci-
« litare il distacco e l'eliminazione delle pseudo-mem-
« brane e rendere meno facile il riassorbimento dei prin-
« cipii icoremici prodotti dalla loro dissoluzione; e ci guar-
« dammo bene dal far uso di mezzi locali più energici,
« quali la cauterizzazione col nitrato di argento o con
« acidi, inquantochè le osservazioni fatte in Firenze dalla
« maggior parte dei medici nel primo periodo della
« epidemia non fecero che confermare quello che era
« già stato notato da attenti osservatori di paesi diversi,
« che cioè questi mezzi di cura locale son più dannosi
« che utili ».

Questi dettati terapeutici saranno creduti ben insuffi-cienti dai localizzatori, e specialmente da coloro che sopra ogni macchia difterica applicano un caustico in qualun-que periodo; tuttavia essi sono tali da soddisfare i gene-ralizzatori che oggidì sono i più, ad ogni modo bastarono ai 5 infermi della Clinica, che tutti guarirono.

Sotto la rubrica esantemi acuti, l'Autore comprese il morbillo (casi 7), la scarlattina (caso 1), il vaiuolo (c. 8), la risipola (casi 6), e la miliare (casi 3). Non seguirò l'Autore nelle singole trattazioni dove il lettore troverà abilmente discusse le principali questioni ezio-patoge-niche e terapeutiche.

È meritevole di essere preso in considerazione quanto ha rapporto alla profilassi del vaiuolo mediante la vacci-nazione. Il dottore Leopardi, considerata la frequenza del vaiuolo negli individui stati vaccinati ed anche rivacci-nati, si chiarisce piuttosto contrario alla pratica della ri-vaccinazione, benchè la veda raccomandata dalla maggior parte dei medici ed igienisti; ecco come egli si esprime

Digitized by Google

in proposito: « Se ora, senza pretendere di dare una « soverchia importanza ad un così ristretto numero di « osservazioni (8 casi di vaiuolo, fra cui 4 occorsi in già « vaccinati), prendiamo ad esame l'andamento ed alcune « circostanze che spettano ai casi di vaiuolo surriferiti, « vedremo che da essi non si può trarre al certo nessun « argomento in favore della vaccinazione nè della rivac- « cinazione. Chè anzi essendo stata in 4 dei nostri vaiuo- « losi praticata la inoculazione ed in uno la riinoculazione « del vaccino, tutt'altro che adatti ad ispirar fiducia nella « pretesa assoluta virtù profilattica dell'operazione, questi « fatti escluderebbero perfino un'immunità limitata ad « un certo tempo; essendochè dei quattro individui cui « alludiamo, tre fossero al di sotto di 20 anni, uno non « ne avendo che 19, uno 16, l'altro 11, ed il quarto, del- « l'età di 26 anni, essendo stato vaccinato nella prima « infanzia e rivaccinato poi tre soli anni avanti l'invasione « del vaiuolo. Ma v'ha di più, che, stando cioè alle mede- « sime osservazioni, non avremmo neppur ragione di con- « cludere per una maggiore mitezza di malattia nei vac- « cinati, perchè il vaiuolo fece un corso assai grave e « l'eruzione fu confluente tanto nei vaccinati che in quelli « che non lo erano stati ».

La risipola idiopatica è dessa un semplice stato flogistico della cute con accompagnamento di febbre, oppure è dessa l'espressione di uno speciale processo generale effetto di infezione? Le due opinioni hanno egualmente valenti sostenitori. Il dottore Leopardi si dimostra infezionista e mette la risipola cogli altri esantemi febbrili, morbillo, vaiuolo, scarlattina. Ecco le ragioni che adduce:

Il frequente dominio epidemico, il frequente suo manifestarsi contemporaneamente a taluna delle altre malattie esantematiche e nelle stagioni nelle quali queste sogliono osservarsi, la sua maggior frequenza nelle femmine; e

Digitized by Google

nell'età più propizia agli esantemi febbrili; dippiù, quanto allo sviluppo e decorso del morbo, l'insorgere della febbre prima della località, l'incremento progressivo di quella in rapporto coll'accrescimento di questa per decadere bruscamente non appena questa ha raggiunto il suo *maximum*, le remissioni mattutine proprie delle febbri esantematiche, non delle flogistiche, l'assumere talora la febbre caratteri tifoidei, appunto come occorre negli altri esantemi, e finalmente il difetto di proporzione frequente fra la febbre e la intensità ed estensione del processo locale.

Trattando della miliare il Dott. Leopardi, che la studiò non solo allo spedale di Firenze, ma fuori di esso ed in modo speciale a Pergola, dove essa regnò epidemica nel 1859, non dimentica nissuna delle principali questioni che vi si riferiscono, e particolarmente tratta della essenzialità della medesima dichiarandosene partigiano. Le ragioni per cui egli è essenzialista sono: — La circoscrizione territoriale ristretta e limitata del suo dominio ora sporadico, ora endemico, ora e più specialmente epidemico, come quello delle febbri esantematiche; il suo dominio prediletto nella primavera e nell'estate, dominio dovuto a principio infettivo originatosi; l'essere le epidemie miliarose precedute, accompagnate o seguite da taluna o varie altre malattie infettive; la contagiosità della miliare quasi generalmente ammessa, comprovata da gran numero di fatti di importazione e di diffusione accertati, malgrado che questa diffusione debbasi precipuamente, più che a rapporti di contatto, ad influenza del principio epidemico, e malgrado le prove quasi tutte negative della inoculazione diretta dell' umore contenuto nelle vescichette, prove cui si sottomise pure due volte il Dott. Leopardi.

Anche il diagnostico differenziale fra il sudore anglico e la febbre miliare e fra questa e la febbre tifoide è trac-

Digitized by Google

ciato in modo da non lasciare luogo a dubbio. Uno dei caratteri distintivi fra la miliare e le altre malattie febbrili esantematiche sarebbe desunto dal modo d'agire affatto speciale sulla prima del ghiaccio e della cura perfrigerante, come quella che provvede in modo efficacissimo ad una delle più pericolose evenienze del morbo, alla così detta *estuazione*, ciò che secondo l'Autore imprimerebbe una nota alquanto caratteristica della malattia.

Nel corso dei 3 casi occorsi in Clinica, che fu regolare, oltre l'analisi delle orine accurata, fu anche praticata quella dell'umore contenuto nelle vescichette, non che l'esame microscopico. Si trovò colla prima cloruro di sodio e nissuna traccia di urea; col secondo si rinvennero cellule isolate e certi corpuscoli di cui non si potè definire la natura, ma che per certi caratteri sembrarono analoghi agli infusori scoperti e costantemente trovati dal Tigri e dal Fedi.

La parte seconda è dedicata allo studio delle paratrofie. I casi occorsi in Clinica si riferiscono alla clorosi, al morbo macriloso di Werloffio ed allo scorbuto. Sono pochi i casi osservati, 5 della prima, 3 del secondo, 2 del terzo. Il lettore vi troverà in modo speciale le questioni ezio-patogeniche che vi si riferiscono. Quanto alla clorosi vi troverà abbondanza di argomenti in favore della vecchia teoria che la riferisce a malattia del sangue contro quanto insegna il Virchow che la attribuisce preferibilmente ad arresto di sviluppo degli apparati genitale e vascolare, e specialmente del cuore e dell'aorta, Quanto al secondo ed al terzo si leggeranno con interesse le molteplici ragioni desunte dalle cause, dai sintomi, dall'andamento del morbo e della rispettiva cura, per le quali l'Autore si sforza di fare di essi due entità distinte nosologiche, la sede primitiva delle quali starebbe nel sangue più che nei vasi od altri tessuti.

Digitized by Google

Non vado oltre analizzando il libro per non tenervi ulteriormente occupati di questa povera mia lettura, e perchè sono persuaso di averne detto abbastanza perchè conosciate il buon indirizzo del libro e per invogliare i pratici specialmente giovani a leggerlo, ciò che non faranno senza sicuro profitto, attesochè il Dott. Leopardi in vece di uno di quei rendiconti che sovente vengono fuori, i quali sono poco più che una sterile enumerazione di malattie ordinata a statistica, raccolse altrettante concise monografie, nelle quali il pratico troverà trattate e passate a ragionata critica tutte le principali questioni, specialmente attinenti alla eziogenia, alla patogenia ed alla natura delle singole malattie trattate, per il che io spero che Voi vorrete unirvi al vostro relatore nell'encomiare il Dott. Leopardi e nel far voto perchè egli non ci faccia aspettare a lungo il 2° volume, nel ringraziarlo intanto del 1° che sarà messo a disposizione dei frequentatori della nostra Biblioteca, e che sarete lieti di averlo nominato a vostro socio corrispondente.

OLIVETTI.

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Fisiologia del cadavere (*Continuazione alla pag.* 575, *N.* 18).

La retina nei morti. — Boll aveva dimostrato che la colorazione rossa dei bastoncini della retina deriva da una sostanza propria che, per effetto della luce e della morte, scompare, ma che si riproduce in vita e per pochi momenti dopo la morte dagli epiteli retinici, quando l'occhio sia tenuto all'oscuro. « Kühne, utilizzando

Digitized by Google

questa scoperta (così scrive il Lombroso), tenne un coniglio allo scuro, poi ne fissò per 5 minuti i bulbi alla distanza di m. 1,50, da un'apertura quadrata di 30 cent. di lato, praticata in una finestra. Dopo lo decapitava, estirpava il bulbo alla luce di sodio e lo metteva in una soluzione d'allume (5 p. 0|0). Due minuti dopo la morte, il 2° occhio fu trattato come il primo. Al mattino susseguente le retine, di color bianco latteo, già divenute tenaci, isolate in tutta la loro circonferenza, presentavano nel loro fondo, colorato bellamente in raso, un'immagine quasi quadrata, bianca e ben spiccata nel secondo occhio, nel primo di un bianco rossiccio ed un po' meno ben distinta, della grandezza di un millimetro quadrato; ambedue nella parte più rossa e più grande della retina. Naturalmente le immagini ottenute disparvero man mano, che il fondo si scolorò, sotto all'azione della luce del giorno.

Più tardi K. verificò che altrettanto ottenevasi ed anzi ancor meglio anche nell' occhio solo snucleato, perfino un'ora dopo la morte; perciò lo metteva egli in una ampia cassa nera, ed a breve distanza collocava delle lamine di vetro, su cui con carta nera imitava svariatissimi oggetti; egli ne ottenne sempre ottogrammi abbastanza distinti, per es., dell'uomo il contorno della barba e capelli, e il profilo di una villa, i tetti, la base, cui mancavano le file delle finestre; e li potè conservare, essicando le retine rosse sulla porcellana e tenendole allo scuro.

Osservò poi che le retine essicate ed esaminate poscia alla luce presentavano un color rosso più intenso ed erano insensibili alla luce protratta di molte ore di sole; potè conservare le immagini anche con una soluzione debole di cloruro di sodio, 5 p. 0|0, e coll'acido acetico diluito 2 p. 0|0; dannoso alla conservazione mostrossi invece l'acido acetico glaciale, l'alcool, la soda caustica, l'alta temperatura di 100°, la luce diurna men dannosa quella del gas; ottenne immagini sotto qualunque condizione meteorica, alla neve, alla pioggia, ma le più belle quando la luce era intensa, dalle 11 alle 2 e quando esponeva gli occhi per breve tempo; ne ebbe da animali decapitati da 60 o 90 minuti — nel bue al massimo da 60; quanto meno era recente la morte, conveniva accrescere il tempo dell' esperienza da 3 a 7 minuti. Retine staccate, poste a contatto colla coroidea riproduceano il rosso.

Digitized by Google

Che tuttociò si verifichi anche nell'uomo e che possa aver quindi un'applicazione pratica alla medicina legale lo dimostrò il recente esame fatto dallo Schenk a Vienna su un decapitato, che due ore e 3|4 dopo la morte presentava ancora distinta la porpora retinica — e meglio ancora l'Adler che dallo studio di occhi umani estirpati dopo averli tenuti all'oscuro, dedusse che:

1° La presenza ed intensità di colorazione della porpora oculare sta in diretto rapporto coll'esistenza e col grado dell'attività funzionale (visiva) della retina;

2° Che la porpora si mantiene nell'occhio per tutto quel tempo che la retina è capace di funzionare;

3° Che pare meno intensa quando esistono intorbidamenti nei mezzi rinfrangenti;

4° Che manca quando per tumori od altre cause è tolta alla retina la facoltà di percepire la luce; che invece anche quando sia estirpato l'occhio si conserva per un tempo maggiore (per lo meno un'ora) se la retina è staccata dalla coroidea, mantenendosi in sito il vitreo, e questo anche dopo una prolungata azione della luce solare, che una volta sparita da una parte qualunque dell'occhio non si ripristina più *(Centralblatt*, 1877).

Tutti questi fenomeni sono, si puó dire, comuni alla vita e alla morte, e perciò non abbastanza sicuri per la diagnosi di questa ».

Fenomeni proprii del cadavere. — L'opacità e l'accasciamento della cornea e la perdita di ogni bagliore dell'occhio possono trovarsi nei colerosi ancora vivi, e mancare invece nei morti di recente.

Il rilassamento e l'avvizzimento dei muscoli ed il pallore della cute sono per contro segni più sicuri della morte. Il pallore comincia nell'agonia — dipende dal languore e quindi dall'arresto della circolazione, ed è maggiore nelle parti elevate del cadavere perchè il sangue tende al basso. Il colore cianotico dei moribondi asfittici, le iniezioni esantematiche svaniscono nel cadavere — restano invece i coloramenti dipendenti da deposito di pigmento sulla cute, da itterizia, dai tattuaggi, da ecchimosi, ed il rossore dei margini delle ulceri.

Digitized by Google

Ipostasi. — Si le ipostasi esterne che le interne cominciano a formarsi nell'agonia. Hoffmann rilevò che subito dopo la morte appariva più scuro il colore della pelle nelle parti posteriori. Altre macchie manifestansi dalla 3ª alla 12ª ora dopo la morte, quando cioè cominciano i fenomeni più specialmente proprii della putrefazione. Esse si formano nelle parti su cui giace il cadavere, e se si cambia la posizione della salma nelle prime ore della morte, possono tramutarsi nelle parti che diventano più declivi. Le macchie cadaveriche mancano o sono appena accennate nei punti compressi, attorno ai quali il sangue stagna sotto forma di lividure che si possono confondere colle suggellazioni. Sulle prime, hanno poca estensione e forme diverse, ma in progresso si confondono e si fanno tanto più estese e più scure quanto maggiore fu la loro durata. Se il sangue onde sono formate non ha il colore normale, esse ci rappresentano la differenza: così le troviamo di un rosso chiaro nell'avvelenamento per carbonio, e, a volte, per acido prussico e per cianuro di potassio, e le vediamo subito nere nei morti d'idrogeno solforato, di acidi e di alcali caustici. Sono più rapide e più cupe nei morti nel vigore dell'età, più tarde, più pallide e più scarse nei morti d'emorragia o di idroemia — sono pronte negli impiccati e negli avvelenati dal fosforo e dal carbonio, perchè in essi il sangue è più fluido — relativamente più tarde nei morti di colera o di arsenico, perchè in questi il sangue ha maggior densità. Per distinguere le macchie cadaveriche dalle ecchimosi l'ispezione non basta, è necessario il taglio. Nelle ipostasi, quando poche ore sono trascorse dalla morte, si troverà un'iniezione della rete vasale sottocutanea — un po' più tardi un'imbibizione uniforme della cute e del connettivo con siero sanguigno, ma non mai effusione o coaguli di sangue. Nella ecchimosi per contro si riscontrerà sangue stravasato e per lo più coagulato. A putrefazione avanzata la distinzione è difficile, perchè nelle macchie cadaveriche l'imbibizione sanguinolenta ed il rammollimento dei tessuti imitano le effusioni ecchimotiche; e la difficoltà aumenta se la macchia si trova in vicinanza di una soluzione di continuità. Altre volte una vera ecchimosi può riuscire irriconoscibile per la fluidità del sangue e per l'imbibizione del tessuto vicino. Arrogi che nelle macchie vi può anche essere rottura di vasi, il che è fre-

Digitized by Google

quente nelle parti inferiori degli impiccati che si lasciano lungo tempo appesi, e sulla parte posteriore dei cadaveri tenuti lungamente supini, massime se il sangue è abbondante e fluido, o se i vasi hanno poca forza di resistenza per degenerazione grassa, ateromi, septicemia. Se la testa del cadavere stette per molte ore penzolone, il fatto può succedere alla faccia e nel connettivo sottocongiuntivale.

Le ipostasi interne si fanno nello stesso tempo e colle stesse leggi. Per non confonderle con processi patologici il perito avrà presente che le iniezioni capillari infiammatorie non si possono riconoscere senza il microscopio, e che con quest'aiuto i capillari non appariscono come vasi rigonfi, ma come un tessuto rosso. Le ipostasi sono più marcate nell'iperemia, ma non mancano nè meno nell'anemia.

All'esterno del capo il sangue si raccoglie (sempre nelle parti più declivi) in tanta copia da simulare le ecchimosi. La stessa cosa si verifica nelle membrane del cervello, nel seno posteriore e nei punti più profondi della pia meninge.

Nel collo si formano alla cute, tra i muscoli, alla regione cervicale, alla parte posteriore dell'esofago e nel connettivo che lo divide dalla colonna vertebrale. Spesso la iniezione della mucosa tracheale è fenomeno cadaverico.

L'ipostasi è frequentissima nei polmoni che, anche quando sono sanissimi, dopo poche ore appariscono nella parte posteriore, più scuri, più compatti, meno aerati e maggiormente ricchi di sangue.

Qui l'Autore dice che non di rado le coste lasciano sul polmone e sul fegato un'impronta arcuata di colore più pallido.

I reni, lo stomaco, il connettivo sottocutaneo e la muscolatura delle regioni posteriori dei cadaveri lasciati in giacitura supina, i plessi venosi e la pia madre spinali sono anche essi la sede di ipostasi qualche volta marcatissime.

Negli impiccati e nei cadaveri mantenuti lungamente in posizione declive, gli intestini appariscono oscuri e chiazzati di iniezioni arboriformi, i reni sono ricchi di sangue, ed i genitali frequentemente turgidi.

Digitized by Google

Essiccamento della pelle. — I punti della pelle che sono denudati dall'epidermide diventano nella prima ora dopo la morte duri come pergamene, di color giallo, giallo bruno e lasciano trasparire i vasi sanguigni ripieni. Ciò avviene nelle abbruciature, nel solco strangolatorio e nelle escoriazioni da stropicciamento nelle morti improvvise.

Le pieghe cutanee, specialmente del collo, nei bambini tenuti sudicii e negli adulti grassi, massime se morti durante un gran freddo, si fanno alcune volte aride, bruno-rosse e facilmente intaccabili all'unghia, e possono perciò considerarsi come indizi di violenze; ma la mancanza di ecchimosi nelle parti adiacenti renderà impossibile lo sbaglio.

Alcune volte s'essiccano i margini delle labbra, lo scroto e le parti della congiuntiva oculare che sono esposte all'aria. Il bianco dell'occhio 92 volte su 100 diventa la sede di macchie triangolari prima gialle e poi scure colla base rivolta alla cornea. Secondo Garibaldi questo fatto avviene fra la prima e la terza ora della morte, e 26 volte su 100 precede i fenomeni della rigidità.

Rigidità cadaverica. — Pare certo che questo fatto dipende dalla coagulazione della miosina, contemporanea all'inacidimento muscolare, e che diminuisce quando, distrutti gli acidi per effetto della putrefazione, la miosina ritorna fluida, ma non cessa affatto perchè la fibrina muscolare non riacquista più intieramente la sua fluidità. È però evidente un rapporto tra la rigidità e l'irritabilità: ambedue scompariscono più presto negli esauriti e nei cronici — l'una e l'altra cominciano assai tardi e perdurano molto più a lungo negli animali a sangue freddo, mentre invece si manifestano più prontamente negli uccelli — tutte e due cominciano nei muscoli della nuca e della mascella, e s'estendono con regolare progressione al collo, alle estremità superiori, al tronco e finalmente alle estremità inferiori, e seguono lo stesso ordine nel regresso. In un solo su ducento casi Sommer vide la rigidità manifestarsi agli arti prima che alla mandibola.

L'ordine del regresso offre pure le sue eccezioni dipendenti probabilmente dallo stato di nutrizione e dalla maggiore o minore quantità di sangue delle parti.

Digitized by Google

Il muscolo rigido si fa più fragile e diventa imbutiforme. Il cambiamento di forma fa credere che esso si raccorci, e questa opinione trova appoggio nei così detti moti di Sommer e specialmente nella masticazione dei morti. Nei colerosi si notano vere convulsioni.

Nell'irrigidimento si ammise la prevalenza dei muscoli flessori sugli estensori; ma è a notarsi che una certa flessione (nelle dita specialmente) è cosa ordinaria nel cadavere anche prima che comparisca la rigidità.

« È importante studiare (parole dell'Autore) di quanto il muscolo irrigidendo si accorci, e di fissare, quindi, fin dove il muscolo stesso possa ritrarsi. Hoffmann uccise a questo scopo galli, gatti e conigli e ne segnò i contorni degli arti appena morti coll'inchiostro, ed osservò per taluni 1 centimetro, per altri 1 1|2 centimetro di arretramento; ma egli fa notare, che l'animale giacendo appena morto su un fianco, ha sopra se stesso tutto il peso del corpo, onde il moto delle membra ne resta impacciato; trovò che negli animali piccoli e giovani non si osservava movimento, ciò che provava l'influenza della massa del corpo; che il moto si aveva più distinto negli arti inferiori che erano i più liberi; — tagliò i muscoli estensori ed ebbe un accorciamento degli arti maggiori e una divariazione di 14 centimetri (1), ne dedusse che nell'irrigidimento il moto di dislocazione va subordinato alla leggi della gravità, alla posizione del cadavere, al grande sviluppo delle masse muscolari — alla prevalenza dei muscoli antagonisti, e con ciò spiegò la frequenza della flessione alle dita, verificata anche da lui, nei cadaveri sul

	75	per cento	degli adulti e	45	degli impuberi
mentre l'estensione dava	18	»	»	30	»
il pugno chiuso	3	»	»	30	» (o. c.)

« Un'arma stretta, spasmodicamente, nella mano del cadavere lascia sempre presupporre il suicidio, perchè un'arma posta anche *immediatamente* dopo la morte, nelle mani di un morto, non può essere stretta così tenacemente da non potersi cavare senza difficoltà. Hoffmann sperimentò su individui agonizzanti ed appena morti, approfittandosi dell'uso che è nel Tirolo, di porre un crocifisso nelle mani dei morenti e, toltone pochissimi casi, mai potè ottenere che l'oggetto posto tra le mani all'individuo appena morto venisse afferrato così tenacemente da doversi strappare con gran forza, quando egli si provava a torlo loro di mano (*Op. cit.*) ».

(1) Ad un forte coniglio posto dopo morto a destra tagliò i flessori dell'arto posteriore sinistro — e gli estensori del destro; dopo mezz'ora vi era divergenza in questi arti; dopo due ore l'arto sinistro era affatto esteso e la punta della zampa allontanata dal suo posto di 14 cent., il destro si era piegato (Hoffmann, Op. cit.).

Digitized by Google

Nella rigidità catalettica il cadavere conserva la posizione che aveva nell'ultimo istante della vita, e per spiegare questo fatto bisogna stabilire o che la rigidità sopraggiunse subito o che i muscoli si tennero contratti finchè s'irrigidirono. Un fatto consimile avviene nel congelamento; ma, secondo l'Autore, l'inflessibilità per congelazione non deve confondersi colla rigidità, inquantochè questa non ha la stessa intensità in tutte le regioni del corpo, svanendo, p. es., rapidamente nei muscoli addominali, che sono i più rigidi nelle congelazioni; nè dà mai luogo a quella specie di scricchiolio che si produce flettendo o rompendo le membra congelate.

La rigidità è comune a tutti i cadaveri; è più pronta nei morti di scottature, d'insolazione, di fulminazione, di asfissia per ossido di carbonio e di avvelenamento per acacianidrico e forse pel solforico è più tarda, probabilmente, negli annegati e nei congelati; ed è, da quanto sembra, precoce nei neonati di poche settimane o di pochi mesi. Nei feti non maturi è così dubbia da potersi considerare come non esistente, ma può avvenire entro l'utero e porre ostacolo al parto.

« Hoffmann (dice l'Autore) dallo studio di 324 cadaveri dedusse che nei

neonati della 1ª settimana	compare da	2 a 4 ore,	dura da	25 a 28 ore
ragazzi da 1 a 13 anni	»	»	»	60 a 66 ore
adulti	»	»	»	40 e più

« La notò durare:

96 ore in un avvelenato da fosforo
90 » in uno morto di apoplessia
84 » » » per frattura delle vertebre
82 » » di 24 anni che si segò la gola
85 » in un uomo di 62 anni morto di apoplessia
88 » » bevitore di 40 anni morto per pachimeningite.

« Secondo Casper si protrae a lungo nei beoni — in uno fino al 4° dì, in altro fino al 7° (che si era impiccato). Però Hoffmann ha osservato dei casi opposti. Casper la notò ritardata fin al 9 in uno morto in aprile per iperemia polmonare.

« Certo la si vide dal Taylor prolungarsi in seguito alla morte per stricnina, nel Cook, che si mantenne rigido 6 giorni in tutto il corpo e 2 mesi all'estremità.

« E a questo proposito godo inserire nella sua integrità una bella osservazione comunicatami dal nostro Tarchini-Bonfanti, che è insieme a De Crecchio e Ziliotto uno dei veri fondatori della medicina legale sperimentale in Italia.

« Fra undici ore e mezzanotte del 6 aprile 18..... fui introdotto per ordine del Tribunale in una casa posta nel centro di Milano.

Digitized by Google

« In un appartamento al secondo piano giacevano in terra in due camere diverse due cadaveri di donna, padrona e serva. La morte d'entrambe era stata cagionata da molti colpi inflitti con un corpo contundente alla testa, le cui ossa erano ridotte in frammenti, con ferite all'encefalo, e con una enorme perdita di sangue che vedevasi coagulato sul pavimento.

« I due cadaveri si trovavano ancora rigidi, in un grado rimarchevole, massime alle estremità inferiori.

« Il sistema muscolare era molto sviluppato in amendue i cadaveri; questi non erano stati toccati prima che venissero scoperti.

« Non ponendo mente che al grado di putrefazione, appena iniziata, alla persistenza completa della rigidità cadaverica, ai caratteri delle ferite, si avrebbe dovuto concludere essere la morte avvenuta trentasei ore circa innanzi. Però molte considerazioni dovevano modificare un tale giudizio.

« 1° *La temperatura*, mantenuta fra il 7° ed il 10° di Reaumur.

« L'appartamento aveva tutte le finestre completamente chiuse, in modo da impedire che la temperatura esterna vi penetrasse.

« Queste camere erano più fredde dell'atmosfera esterna.

« 2° *Lo stato igrometrico dell'atmosfera.* Nei giorni che precessero la scoperta dei cadaveri l'atmosfera erasi mantenuta assai secca.

« 3° *L'elettricità* non molta, e aveva presentati perturbamenti notevoli.

« 4° *L'immobilità* nell'appartamento e nelle camere ove giacevano i cadaveri non era stata turbata. Le finestre, come già si notò, erano rimaste intieramente chiuse; e di più si aveva la certezza che nessuno era penetrato nell'appartamento innanzi la prima scoperta dei cadaveri avvenuta a 6 ore pomerid. del detto 6 aprile.

« 5° *L'essere i cadaveri rimasti non nel letto*, ma sul pavimento di mattoni senza tappeti, sul quale evidentemente era stato commesso il duplice assassinio.

« 6° *L'oscurità* dell'appartamento prodotta dall'esser chiuse tutte le finestre.

« 7° *Lo stato dei cadaveri* — *a*) Erano quasi completamente privi di sangue. E ciò è provato dall'enorme quantità di quel liquido che vedevasi sul pavimento, tutto intorno alle salme, dalla esiguissima quantità trovata all'autopsia, e dall'estremo pallore di tutti i tessuti.

« *b*) *La piccolissima quantità di sostanze alimentari* e di materie fecali che si trovarono nelle vie digerenti.

« *c*) *La morte non era stata conseguenza di una malattia* che avesse indotta una alterazione dei tessuti o dei liquidi; ma era stata violenta, quasi istantanea: tutto in questi cadaveri era allo stato normale, meno gli effetti immediati delle ferite.

Digitized by Google

« *d*) *La* PADRONA traeva al grasso: era assai robusta e vecchia, in quell'età cioè nella quale la putrefazione ha un decorso più lento che non sia nell'uomo di media età o nell'infanzia. *La* SERVA era giovane, magra, aveva perduto una quantità di sangue relativamente maggiore che non la padrona; di più il suo corpo era rimasto nell'anticamera, stanza riparata dal calore esterno ancor meglio della camera da letto ove giaceva la padrona.

« In questi due casi concorrevano *tutte* le circostanze valevoli a ritardare la putrefazione ed a mantenere la rigidità; di modo che io ho potuto dichiarare al giudice che la morte delle due infelici donne doveva avere avuto luogo almeno da tre giorni, e che era ammissibile potesse datare da un tempo sensibilmente più lungo.

« Ciò che aumenta assai l'interesse dei casi, si è la circostanza che se la giustizia non ha potuto scoprire i colpevoli, giunse però a determinare nel modo il più certo il momento nel quale il doppio assassinio fu commesso, cioè fra le 11 e le 12 del giorno 2 aprile, 4 1|2 giorni prima del mio esame. In tal modo il mio giudizio ebbe la conferma del fatto L'interesse si aumenta dalle altre due circostanze che in questi due casi si è potuto trovare le ragioni per le quali la rigidità persistette e la putrefazione andò a rilento fuori dell'usato ».

In genere la rigidità raggiunge il suo massimo grado nelle 48 ore dalla morte e quindi decresce rapidamente.

Casper-Liman ed Hoffmann negano che coll' insorgere della putrefazione cessi la rigidità. Sta però che nei più dei casi cessa, e così deve essere, perchè coll'alcalinità dei muscoli la coagulazione della miosina non ha più ragione d'esistere.

NOTIZIE

Società Italiana d'Igiene. — Dietro iniziativa di un gruppo di medici e scienziati insigni sta per sorgere anche nel nostro bel paese una Società che si *propone di promuovere gli studi, le istituzioni, e le leggi che contribuiscono all'integrità, alla conservazione ed all'incremento delle facoltà fisiche e morali dell'uomo, considerato nell'individuo, nella famiglia e nella sociale comunanza.*

I promotori di questa Società fanno caldo invito a tutti gli Igienisti d'Italia, perchè vogliano concorrere al fondamento di sì utile istituzione. Essi hanno già pubblicato un progetto di Statuto e nominato una Commissione esecutiva composta dei signori:

BIGNAMI-SORMANI Ing. EMILIO, BONO Dott. LUIGI, DELL'ACQUA Dott. FELICE, FANO Dott. ENRICO, PINI Dott. GAETANO, SAPOLINI Dott. GIUSEPPE, ZUCCHI Dott. CARLO, la quale ha sede in Milano, via S. Giuseppe, 4.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 25ª settimana

dal 16 al 22 giugno 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	4	8	12	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	7	8	15
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	3	4	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	5	8	8	» nervose	1	»	1
Difterite e croup	3	»	3	» ematiche	1	»	1
Coclussie	»	2	2	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	3	1	4	» scirrose, cancerose	2	3	5
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	1	1	Marasmo senile e tabi diverse	1	»	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	1	1				
» tifoidea e tifo	3	3	6	TOTALE	65	64	129
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	3	3	Non appartenenti alla popolazione di Torino	8	7	15
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	»	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 25ª settim.na	73	71	144
Malattie dell'appar.o respiratorio	12	9	21	» nelle settim.e precedenti	1886	1929	3815
» dell'apparato dell'alimentazione	9	10	19				
» dell'app.o cardio-vasale	3	2	5	TOTALE complessivo	1959	2000	3959
» del sistema nervoso	8	7	15				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1711	1773	3484
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 25ª settimana	56	67	123	6	3	9
Nelle precedenti	1628	1509	3137	141	94	235
TOTALE COMPLESSIVO	1684	1576	3260	147	97	244

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 21 *giugno* 1878.

Presidenza **Gamba**.

Sono presenti i Soci: Gamba, Peyrani, Perassi, Perotti, Berruti, Giacomini, Laura G. B., Arena, Berti, Olivetti, Porporati, Martorelli, Lombroso, Bruno, Tibone, Pertusio, Novaro.

Letto ed approvato il verbale della Seduta precedente, il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Lace *Dott.* Eugenio — *Cenni sulle terme di Valdieri.* Torino, 1878.
Rizzetti: *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino,* N. 23. Torino, 1878.
Zino *Prof.* Giuseppe — *L'Enciclopedia delle scienze mediche.* Messina, 1878.

Il **Presidente** comunica all'Accademia una lettera della Società Smithoniana partecipante la morte del Secretario-Direttore dell'Istituzione, Joseph Henry, avvenuta il 13 maggio.

Poscia dà la parola al Socio **Novaro** per la lettura del rapporto generale della Commissione pel V Concorso Riberi.

Il rapporto viene approvato ad unanimità, e quindi resta stabilito che nessuno dei concorrenti avrà il premio; che quattro di essi, cioè il Dott. Boinet (*Traité pratique des maladies des ovoires et de leur traitement.* Paris, 1877); i Dott. Dumarquay et Saint-Vel (*Traité clinique des maladies de l'utérus.* Paris, 1876); il Prof. Amabile Luigi (*Le fistole vescico-vaginali e la loro cura.* Napoli, 1876); e il Dott. De-Cristoforis Malacchia (*Le malattie delle donne* - manoscritto di 1015 pagine) sono dichiarati degni

Digitized by Google

di menzione onorevole; e che la somma destinata per questo premio andrà aggiunta al residuo della somma totale lasciata dal compianto Prof. Riberi a questo scopo.

Il Socio Prof. **Bruno** fa la storia delle trattative fatte coll'Erede per rendere perpetuo il premio Riberi, e dice che spera che presto si verrà ad una conclusione.

Dopo alcune osservazioni di alcuni Soci, a cui il Prof. **Bruno** risponde, il **Presidente** leva la seduta.

Il Presidente **A. Gamba.**
Il Segretario part. **G. F. Novaro.**

Seduta del 6 *luglio* 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Soci: Bruno, Pertusio, Perotti, Giacomini, Berruti, Laura G. B., Gamba e Valerio.

Letto ed approvato il processo verbale della Seduta precedente, si dà lettura dell'elenco delle presentazioni fatte nell'ultima settimana:

Ahl *Dott.* Davide — *Stecche adattabili porose coll' istruzione intorno all'uso loro nelle fratture ed altre lesioni chirurgiche.* Roma, 1878 (al Socio Berruti L.).

Atti dell'Accademia medica di Roma, Anno III, fasc. 3°, e anno IV, fasc. 1°. Roma, 1878.

Atti della R. Accademia dei Lincei, Anno CCLXXV, 1877-78, serie III Transunti, volume II, fascicolo 6°, aprile 1878. Roma, 1878.

Atti della R. Accademia delle Scienze di Torino, Vol. XIII, Disp. 4ª (febbraio 1878). Torino, 1878

Bertea *Senatore* Cesare — *Commemorazione di S. E. il Conte* Federico Sclopis. Torino, 1878.

Chiamenti *Dott.* Alessandro — *Degli stimolanti alcoolici.* Venezia, 1878 (Estratto dal *Giornale Veneto*).

Id. — *Della fioritura delle piante.* Padova, 1878 (Estratto dagli *Atti della Società Veneta Trentina di Scienze naturali*).

Digitized by Google

CORRADI *Prof.* ALFONSO — *Onoranze ad Alessandro Volta.* Pavia, 1878.

DENZA *Prof.* FRANCESCO. — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri*, Volume XII, N° 9. Torino, 1878.

Progetto di Codice Penale del Regno d'Italia (parte seconda). Roma, 1878 (tre copie).

TOSELLI *Dott.* ENRICO — *In causa di uxoricidio e quadruplice omicidio per monomania impulsiva di natura epilettica.* Reggio Emilia, 1878 (Estratto dalla *Rivista Sperimentale di freniatria e medicina legale*).

RIPA *Dott.* LUIGI — *La medicina comunale o la civiltà igienica*, Anno XVIII, luglio. Seregno, 1878.

RIZZETTI *Dott.* GIUSEPPE. — *Bullettino Medico-statistico della città di Torino*, N° 24-25. Torino, 1878.

Il **Presidente** prega il Dott. Berruti a voler riferire sulla Memoria del sig. Dott. Davide Ahl (*Stecche adattabili porose*, ecc.

Poi comunica una lettera del sig. Ministro di grazia e giustizia colla quale si manda all'Accademia il 2° volume del Codice Penale, con preghiera all'Accademia di esaminarlo e di riferirne in seguito al Ministro possibilmente prima della fine di agosto.

La Presidenza manda il volume alla Commissione che già aveva riferito sul 1° volume, ed era composta dei sigg. Perotti, Bonacossa, Berruti, Porporati e Laura. In sostituzione del Bonacossa il **Presidente** designa il Prof. Lombroso.

Finalmente il **Presidente** annunzia con brevi e dolorose parole la morte dell'egregio Socio Dott. Coll. Angelo Maffoni che fu uno dei fondatori dell'Accademia, e per molti anni uno dei più attivi ed intelligenti collaboratori.

Prega il collega Valerio a volere tessere l'elogio biografico dell'egregio Estinto.

Il Socio **Valerio** associandosi alle nobili parole di rimpianto del Presidente accetta l'incarico.

Dopo ciò ed in omaggio al Collega perduto si scioglie l'adunanza.

Il Presidente **Gamba.**

Il Segretario part. **G. F. Novaro.**

Digitized by Google

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

LA MEDICAZIONE ANTISETTICA

Conferenza Clinica del Prof. E. BOTTINI

Direttore della Clinica Operativa nella R. Università di Pavia

Signori,

Nella mia prolusione ebbi a dirvi, Voi ben lo ricorderete, come un chirurgo debba essere sobrio di parole e largo di fatti. Ora che l'anno clinico volse all'occaso, ed i *fatti* devono essersi prodotti, innanzi accomiatarmi desidero richiamare la vostra attenzione sovra i medesimi, dirvene le ragioni e spiegarvi il modo di conseguirli.

Una parte di Voi per termine di officio più non dovrà ritornare in questo recinto, nè vorrei che le impressioni avute le teneste in conto di fausti, ma peregrini eventi, dovuti all'azzardo, o meglio al capriccio della fortuna, senza che ci sia dato conoscere il segreto per ottenerli. Non intendo però farvi una particolareggiata esposizione del movimento clinico, delle gravi operazioni eseguite e loro esiti, *resoconto*, che verrà più tardi esposto da nostri assistenti; mi limiterò ad un còmpito più semplice, e, se volete, più modesto, parlandovi soltanto del metodo di medicazione adottato. Ricordo ancora, ed assai bene, che quando scorgeste da me, nuovo a questo Istituto, cangiare radi-

Digitized by Google

calmente il metodo di medicazione, sostituire alle classiche *faldelle*, *filaccie*, *tele* e *compresse*, nuovi oggetti designati con esotici nomi, quando vedeste dare un assoluto ostracismo agli *epitemi*, *unguenti*, *balsami*, e la congerie tutta de' sacramentali topici d'ogni servizio chirurgico, eravate peritosi nella fede, e sembravami leggere ne' vostri occhi il *dubbio* della prova.

Il soffiare poi colla *spray* la nebbia carbolica in ogni ferita o piaga aveva tanto del nuovo e del singolare che, non mi meraviglierei punto, se mai l'aveste tenuto in conto di una decisa stravaganza.

Ben mi accorsi però come l'occhio vostro si rasserenasse, la fede fugasse il dubbio, non appena i fatti colla loro muta, ma inesorabile logica, vennero a convertirci.

E, diciamolo tosto, dessi non potevano essere nè meglio numerosi, nè più persuasivi.

Voi assisteste ad un novero considerevole di gravissime operazioni, compartecipaste a tutte coadiuvando l'atto operativo e praticando le medicazioni consecutive, siete per ciò testimoni e giudici del valore del procedimento adoperato, che seguiste nelle sue più minute influenze.

Nè fa mestieri che io vi dica come esso abbia corrisposto, Voi sapete che il coalito adesivo in ogni ferita, vuoi accidentale, vuoi praticata ad arte, fu la regola costante, non turbata, anche quando insorte complicanze sembrava dovessero arrovesciare la riunione occorsa.

Voi ricorderete ancora quel giovane, cui nello scorcio di novembre praticai l'estirpazione totale della parotide, dopo 24 ore dalla operazione, in seguito a violenti impeti di tosse, insorse emorragia con ematoma, ricorderete come abbia disgiunta la ampia

Digitized by Google

ferita, tolti i grumi, detersa la superficie, e riuniti di nuovo i margini, che in due giorni si tornarono a ricongiungere, come se nulla fosse avvenuto.

Voi vedete nella Clinica un amputato della coscia dopo cinque anni di degenza nello Spedale per *gonartrocace*, sovra cui si fecero tutte le prove, non escluse quelle del ferro e del fuoco, era ridotto smunto, scialbo, sfinito, una larva, meglio di un uomo, eppure ricongiunti i lembi l'adesione non fallì, tuttochè per squilibrio atmosferico sia intercorsa una *polmonite* in quarta giornata dalla operazione, e si ricuperò al punto che a giorni perfettamente guarito sta per essere congedato dalla infermeria, senza aver dato, durante il processo di riparazione, due cucchiaiate di marcia, mentre prima dai seni fistolosi ne gemeva mezzo litro al giorno.

Nè avrete al certo scordata una vecchia mezza paralitica, che se non oltrepassava, raggiungeva il settantesimo anno, cui venne esportato un *fibroma intercanicolare* del seno, pari alla testa di un adulto, e l'enorme breccia scolpita si chiuse in brevi giorni per incanto, senza orme apprezzabili.

E le molteplici e gravi operazioni fatte al collo, ove non giungevate a scernere la rima cicatrizziale non provano forse la eccellenza del metodo? Ma Voi a questa ora ne siete più che compresi, convinti, sarebbe assurdo sospettare il contrario, epperò incalzando nell'argomento non vorrei darmi l'aria di abbattere una porta aperta, vediamo solo le ragioni, o meglio la spiegazione di codesti insoliti successi.

Lungi da Voi la idea, che essi debbansi alla mistica ed arcana virtù di qualche farmaco meraviglioso, o ad individuale perizia o maestria; derivano per converso *dallo studio minuto e diligente della azione esercitata dall'aria sulla soluzione di continuo.*

Digitized by Google

Già i chirurghi dalle più remote epoche avevano notato il sommo divario che corre fra una soluzione di continuo *aperta* ed una *occulta;* la prima gravida di sinistri, la seconda relativamente innocua. Avvertirono del pari come certe collezioni marciose sottratte all' azione dell' aria, siccome negli ascessi freddi idiopatici, o congestizii, potevano essere tollerate impunemente dagli infermi senza disturbi generali, mentre accendevansi esiziali reazioni, non appena, punta la sacca marciosa, l'aria vi poteva penetrare, epperò designavano tali raccolte col nome di *noli me tangere.* I fisici alla loro volta provarono, come le sostanze organiche prive di vita sottratte, sotto la campana pneumatica, all' azione atmosferica, si conservano a lungo, mentre scompongonsi per corruzione non appena si ritornano al contatto dell'aria.

L' azione dissolvente dell' aria atmosferica sulle sostanze organiche denudate, non fu più dubbiosa, troppo costanti ed evidenti erano i fatti che la provarono, solo rimaneva a chiarire a quale degli elementi dovevasi tale pervertimento.

Per Gay Lussac tale fattore era rappresentato dall'ossigeno, che attaccava e scomponeva le sostanze ed i liquidi organici, come attacca e scompone i metalli.

Questa credenza ebbe voga e credito per lunga pezza, e Voi sapete che alcuni chirurghi si provarono a scongiurare le perniciose influenze dell'ossigeno, mantenendo le piaghe gelosamente custodite in una atmosfera di acido carbonico. Ma sorse a scuotere tale credenza la teoria dei fermenti inaugurata da Cagnard Latour, che scoperse nella *Torula Cerevisiæ* il fermento del lievito.

A tale scoperta diedero maggiore impulso e più notevole valore i lavori di Schulze e Schvann sopra

Digitized by Google

la fermentazione e putrefazione, processi dovuti all'azione catalitica di germi sospesi nell'aria atmosferica, Epifiti e Zoofiti, ovvero Funghi ed Infusorii, epperò da siffatte indagini conchiudevasi: *non doversi l'azione dissolvente dell'aria all'ossigeno, ma a germi zimotici importati nell'atmosfera.*

Scrœder più tardi dimostrò la proprietà della bambagia di trattenere i germi e così filtrare o meglio purificare l'aria, e conchiudeva: *che i germi dissolventi stanno nel polviglio sospeso nell'atmosfera, polviglio trattenuto nelle fittissime maglie della bambagia.*

Sorse a combattere questa dottrina il Pouchet, strenuo campione, come sapete, della Generazione spontanea, con sottili ed artificiosi argomenti, cui risposero vivacemente Claude Bernard, Milne Edward e Steiner.

Ma ciò che diede, a proprio dire, il colpo di grazia alla teoria di Pouchet, che già aveva trovati validi partigiani e fervidi adepti, furono gli sperimenti di Pasteur.

Pasteur riempiva un matraccio di vetro con 100 Cc. di orina appena evacuata, indi maritava al collo del matraccio un tubo di platino che arroventava in modo da infuocare l'aria che si portava al contatto dell'orina, raffreddata l'orina, chiudeva per fusione ermeticamente il matraccio.

Dopo sei settimane trovò l'orina chiara e fresca come al principio dello sperimento. Allora in questo matraccio colle dovute cautele introdusse un frammento di ammianto impregnato di polviglio atmosferico, ed in altro recipiente consimile immerse altro pezzetto di ammianto pure ricoperto di polviglio, ma riscaldato prima a bianco alla lampada ferruminatoria. In questo ultimo vaso l'orina continuò a mante-

Digitized by Google

nersi chiara ed inalterata, mentre quella capita nel matracciò, che ricevette l'ammianto non infuocato, dopo 36 ore era già torbida ed alcalina, ed al microscopio mostrava miriadi di alghe ed infusorii. Egli conchiudeva pertanto che: *il fermento della orina derivava da organismi inferiori importativi col polviglio atmosferico.*

Non vi dirò come proseguendo questi studii Pasteur abbia divisi i fermenti putridi in diverse specie, vale a dire in quelli che non possono vivere nell' ossigeno puro (Anerobi o fermenti Zimotici), ed in quelli che prosperano nell ossigeno (Aerobi od azimici). Nè vi riferirò le interessantissime ricerche fatte da Koch sul fermento carbonchioso, sullo sviluppo ed inoculabilità del *Bacillus Anthracis;* chè mi dilungherei di troppo eccedendo nella forma il limite di una conferenza.

Nè mi soffermerò a dirvi come questi organismi inferiori dalla maggior parte dei moderni patologi e botanici voglionsi ascrivere meglio al regno vegetale, che non all'animale, e le varie forme di micrococchi e batteri, streptococchi e streptobatteri, monadi, leptotrici e vibrioni, siasi più proclivi a ritenerle le varie fasi di sviluppo di una sola, anzichè rappresentanti di altrettanti specie.

Ciò che mi interessa farvi sapere si è: che *questi microfiti messi a contatto di liquidi albuminoidi ad una determinata temperatura accendono una putrida fermentazione, epperò tutti i putidi pervertimenti co' loro tossici inquinamenti che avvengono nel nostro organismo devonsi ripetere all'azione di queste spore, lasciando* sub judice *se queste alghe li promuovano direttamente od indirettamente.*

Su questo argomento fervono ancora acri e vivaci discussioni, e mi guarderò bene dal sciogliere un

Digitized by Google

problema così complesso; quanto intendo affermare, e che non può essere più dubbioso, si è: *che l'aria contiene e può versare sulle sostanze albuminoidi germi fermentiscibili che vengono o distrutti o paralizzati nei loro effetti al contatto di alcune sostanze.* Da dodici anni riescii a conservare centinaia e centinaia di preparazioni anatomiche e patologiche col semplice affogamento in una debolissima soluzione acquea di acido fenico, preparazioni lasciate poscia impunemente al contatto dell' aria atmosferica.

E con tale mezzo conservai organi in cui era già sviluppato il processo di putrida fermentazione e potei presentare alla R.ª Accademia di Torino placente, fegati, reni umani, che dopo cinque anni di conservazione pure sembravano tolti nel momento dal cadavere e tuttora si conservano inalterati nel Museo di Patologia Chirurgica da me fondato nello Spedale Maggiore di Novara.

I chirurghi edotti da una sciagurata esperienza sull'azione perniciosa dell'aria sulle soluzioni di continuo, cercarono di schermirsene ricorrendo alle medicazioni *rare*, a quelle a *corazza*, da Jule Guèrin alla *occlusione per aspirazione*, e perfino alle *operazioni sotto acqua;* ma con ciò si voleva fuggire, meglio di combattere, il nemico.

Quando nel 1863 Lémaire studiando l'azione dell'acido fenico sui vegetali ed animali, fermenti e veleni, trovò che queste spore e batteri da fermento che resistevano alla ebullizione ed al congelamento *(dauersporen)* non sapevano poi reggere ad una debole soluzione di acido fenico, porse ai chirurghi l' arma per combattere un nemico così implacabile, contro cui ogni schermo era vano conato. Come poteva infatti il chirurgo sottrarsi a questa sterminata miriade di

Digitized by Google

esseri invisibili, che lo avviluppano, che si attaccano alle mani, agli stromenti, agli oggetti di medicazione, che formano, per così dire, l'atmosfera vivente, in cui egli stesso vive!

Trovato l'antidoto venne subito usitato sia in Francia come in Inghilterra ed in Italia senza un concetto razionale esatto, come si sarebbe adoperato un altro topico, epperò avveniva nella medicazione, che la destra dava quasi quel che toglieva la sinistra. Ciò nonostante i risultati furono sorprendenti e nelle infermerie in cui si medicava coll'acido fenico sia sciolto nell'acqua, come nella glicerina, le piaghe presentavano una fisionomia speciale, il processo di riparazione era molto più sollecito, infrequente la risipola, rarissima la septicemia. E mi ricordo benissimo di aver rimarcato con sorpresa nel 1867 tale cangiamento radicale nell'aspetto ed andamento delle soluzioni di continuo perfino nelle infermerie del vecchio Hôtel Dieu di Parigi, per influenze settiche così funestamente celebri; mutamenti limitati al solo comparto di Maisonneuve che usava nelle medicazioni la glicerina fenica. Più tardi Lister secondando a scopo pratico le idee di Pasteur pose il metodo antisettico sovra a terreno più razionale, ideò un materiale meglio acconcio, e nelle infermerie della Clinica di Edimburgo a condizioni igieniche tutt' altro che favorevoli potè operare dei veri prodigi.

La fama di questi maravigliosi successi si diffuse in Inghilterra e si ripetè ad eco lontana in Germania, Svezia, Norvegia, Olanda e finalmente in Francia, presso a noi soltanto trovò languido lo spirito dei contemporanei, è increscevole, ma vero a dirsi. Contro questo metodo sorsero le sistematiche opposizioni, compagne fedeli di ogni utile innovazione, ma dopo fatua

Digitized by Google

effervescenza si acquietarono tosto, i fatti si accumularono ogni giorno più, sollevandosi come diga insuperabile, contro cui ogni tentativo di lotta non era serio proposito. In Italia per la medicazione antisettica non si ebbero lotte, nemmeno controversie, pure venne soffocata, e, se vogliamo, fino ad ora con vantaggio e con un' arma terribile, per non dire insidiosa, *l'Apatia*. Fanno onorevole eccezione il Minich di Venezia, l'Albanese di Palermo ed il Ceccarelli di Roma che la praticarono con piena conoscenza di causa illustrandone il concetto ed immegliandone l'esecuzione.

Eppure chi la vede in pratica una sola volta per quanto poco coltivi la chirurgia, ne diviene fervido partigiano. L'eloquenza dei fatti è affascinante, ed ai successi della medicazione antisettica non si può resistere. In pochi mesi Voi avete veduto oltre a duecento malati ed assistito a ben 130 gravi operazioni, senza notare un solo insuccesso; l'unico infortunio che deplora la Clinica, e dovuto ad imprevidibile fortuito, avvenne in un caso ove non si è adoperata la medicazione antisettica.

Il concetto fondamentale di questa medicazione poggia nella idea non di fuggire, ma struggere, e per ogni dove, ogni germe zimotico, che possa contaminare una soluzione di continuo, e conseguentemente purificare tutto ciò che può venire a contatto della medesima.

Il piano razionale che la informa riguarda:

1° L'ambiente in cui vive l'ammalato.

2° La parte sovra cui risiede, o dovrà risiedere la soluzione di continuo.

3° Il materiale di medicazione.

4° Il modo di eseguirla.

Digitized by Google

Ambiente — L'infermo deve vivere in un'atmosfera pura, se viziata, sarà pregna di microrganismi infettanti, in proporzione del grado di impunità, e la contingibilità di una contaminazione, Voi sapete, è in ragione diretta del novero degli elementi nocivi che ci possono attaccare. Già i nostri maggiori, tuttochè ignari della dottrina zimotica, pure avevan rimarcato e fatto risaltare, come le soluzioni di continuo che occorrono nella pratica privata sieno più sollecite a ripararsi, e meno proclivi ad essere complicate, che non quelle che avvengono nelle grandi infermerie della pratica pubblica; siccome rimarcarono che i feriti delle campagne a parità di condizione guarivano prima e con processo meglio sicuro, di quelli delle grandi città.

E per ciò solevano nelle gravi imprese mandare i loro clienti in campagna ed ivi operarli, la qual cosa ripetevasi or sono brevi anni per la ovariotomia. Ricordatevi che il contenente guasto altera il contenuto, un'aere corrotto corrompe a sua volta le soluzioni di continuo che avvolge. È un vieto aforisma lasciatoci da Ambrogio Pareo:

Cum præsertim qui nos ambit aër putredinis inquinamentis conspersus inspiratu et transpiratu, vulnera putrefaciat et labefactet.

Quando nell' entrare in una infermeria chirurgica avvertite fetide emanazioni, qui non troverete le piaghe asettiche, l'olfato vi ha già rivelata la fermentazione putrida, nè occorre scoprire gli ammalati per vederla, come non fa mestieri che vediate i cadaveri per capire che vi trovate in una sala da dissecazione.

L'aria di una infermeria deve essere salubre; se ciò giova, anzi è indispensabile pei sani, figuratevi per gli ammalati, e quando non la sia, avete una congerie

Digitized by Google

di disinfettanti per renderla tale. Noi adoperiamo a questo scopo l'acido fenico in soluzione acquea al 5 % con cui laviamo ogni giorno il pavimento ove si raccolgono ed accumulano i fermenti, e le emanazioni feniche successive servono a distruggere quei germi che già si sono sollevati nell'aria.

Oltre a ciò noi usiamo rinnovare continuamente l'atmosfera con appropriata ventilazioue, sempre memori del prezioso precetto del celebre chirurgo di Rothomagum. *Ergo salubris ille demum aër estimandus est qui serenus, tenuis, purus et in omnem partem liber et patens existit.* Quando i disinfettanti, l'aereazione non bastassero, si deve ricorrere a mezzi e provvedimenti più radicali e meglio energici, ma non arrestarsi sino a prova vinta, è un nemico che bisogna esterminare e non fiaccare solamente. Con tali risorse tutte le Infermerie si possono risanare, e le nostre che certo non avevano fama di essere pure, dal lato igienico ora lasciano nulla a desiderare. Vi dirò: che Carlo Schroeder di Berlino in una serie di 50 ovariotomie eseguite dal maggio 1876 al febbraio 1877, valendosi del metodo antisettico è riescito ad ottenere 44 guarigioni nelle infermerie di un Ospedale flagellato prima da tossici inquinamenti. Volkmann al 6° Congresso dei Chirurghi tedeschi tenutosi in Berlino il 5 aprile 1877 (Vedi *Atti del medesimo*, pag. 55) riferiva d'avere nella Clinica di Halle in un triennio praticate col metodo antisettico 42 amputazioni della coscia con *un solo* insuccesso! Come pure di non aver avuto a deplorare un solo caso di morte per acuta o sub-acuta septicemia negli ammalati trattati nella Clinica e nel policnico Istituto colla medicazione antisettica, e ciò in un novero di *dieci mila* infermi! — E notate che la Clinica di Halle è in condizioni igieniche tutt'altro

Digitized by Google

che favorevoli. — E questo valga a provarvi che sta in noi di poter risanare qualsiasi ambiente, per quanto un uso sconveniente lo abbia reso impuro.

2° *La parte* — La parte, o meglio la regione, plaga o zona che è sede di una soluzione di continuo, o sta per diventarlo a scopo terapeutico, deve essere innanzi tutto, se provvista, rasa di peli, indi digrassata con sapone, quindi purificata con abluzioni feniche al 5 %. Nelle pieghe cutanee, solchi e pori si depositano ed accumulano germi pirogeni, che è dovere togliere e distruggere onde non abbiano, moltiplicandosi, a contaminare la piaga o la ferita, cui non gioverebbe l'usbergo da un inquinamento esterno se a di lei confini si annidassero tribù e sciami di microrganismi infettanti.

3° *Materiale di medicazione* — Il più significante pregio della medicazione antisettica è di servirsi di un materiale ognora nuovo, che sempre identico si succede, senza mai ripetersi. In tal modo non si corre più pericolo, come altramente succedeva di frequente, che quei mezzi impiegati allo scopo di sanare, finivano ad essere il veicolo che contaminava la piaga, e perciò riescivano un aperto veleno anzichè un rimedio. Il materiale preparato a questo scopo viene dapprima con sottile cura e diligenza purgato da ogni elemento fermentiscibile, indi imbevuto o cosparso di sostanze antisettiche, che si fissano e conglobano nel materiale stesso di medicazione.

Questo poi deve essere gelosamente, per quanto lo comporti l'uso, sottratto all'azione dell'aria in apposite scatole, od avviluppandolo in una tela o carta impenetrabile. In tal modo noi portiamo a contatto della soluzione di continuo sostanze non solo purificate e spoglie di ogni germe zimotico, ma impregnate per

Digitized by Google

modo di sostanze antisettiche, da struggere la zimosi che eventualmente potrebbe esistere in quella zona ove vengono applicate. Epperò un materiale innocuo *per sè*, ed inoltre fornito della prerogativa di prevenire e sopprimere ogni processo di putrida fermentazione (1).

Avviene lo stesso del materiale ordinario? Sostiamo un istante ad esaminare la cosa che ne vale la spesa.

Il materiale da medicazione col vieto procedimento che, così lo designo per modo di dire, tuttochè quasi esclusivamente faccia ancora gli onori della giornata, si compone di *fettuccie*, *tele*, *pezzuole*, *compresse e filaccie*. Donde proviene questo materiale? Ordinariamente dalle lenzuola degli ammalati, che dopo averne avviluppati centinaia e centinaia, aver raccolto immondizie d'ogni sorta e colore, reso logoro dall'uso si eleva di dignità e da accostarsi mediatamente al corpo passa a rivestire immediatamente le piaghe o ferite.

Su questo riguardo quello che avviene nella pratica pubblica ad un di presso succede nella privata, e parrà strano che mentre si prescielgono tele finissime e nuove per vestire il corpo sano, si ricorre al rifiuto della guardaroba per difenderlo e proteggerlo se ammalato.

Queste pezzuole e compresse quando cominciano a

(1) La proprietà che ha il materiale a medicazione antisettica di arrestare la fermentazione putrida mi venne rivelato, oltre che da migliaia di fatti clinici, dai seguenti esperimenti.

In un apparato a medicazioni ordinarie composto di garza, cotone fenico e machintosk avviluppai pezzetti di muscolo, frammenti d'intestino e persino un reno umano, in cui cominciava ad incoarsi il processo di fermentazione putrida, in tutte le prove il processo venne tosto arrestato. Avviluppatolo nella medicazione antisetica potei conservare un tumore del seno per 22 giorni, senza presentare indizio alcuno di corruzione.

Digitized by Google

disfarsi nella marcia, allora, solo allora, servono a preparare le filaccie! Pensate alla purezza di questo materiale ed è cosa che fa rabbrividire. Ma ciò non basta.

Mentre il materiale antisettico, nuovo, purificato, ricco di principii antifermentativi non si riadopera più, quest'ultimo invece si seguita ad usarlo ed a riusarlo finchè ve ne ha una bricciola. È pur vero che volta a volta lo si lava, ma in che modo.... per carità non ne parliamo. Aggiungete che, il materiale antisettico tuttochè imbevuto di sostanze fermenticide lo si conserva accuratamente riparato dal polviglio atmosferico, mentre l'ordinario lo si lascia scoperto per settimane e mesi nelle infermerie, e quando oltre alle sostanze zimotiche che già tiene e conserva per proprio conto, ne raccolse per modo da esserne carico e sovracarico, allora lo si porta sulle soluzioni di continuo, e con quale profitto.... pur troppo il conosciamo.

Veramente convien dire che la natura abbia arcane e possenti risorse di resistenza, altrimenti come se ne torrebbe da un'infezione regalatale con tanta perseveranza e senza misura?

E notate che questo amplesso venefico si ripete ogni giorno, quando non sia due volte al giorno!

Provatevi ad entrare in una infermeria chirurgica di uno spedale e provatevi a prendere una pezzuola, di quelle che dicono, venne da bucato, tuffatela in un mezzo bicchiere di acqua stillata, lasciatela così per 30 o 36 ore ad una temperatura media, esaminate il liquido al microscopio e Voi troverete miriadi di coccobacteri, di sferococchi e coccaglie, ed il liquido avrà odore di aperta corruzione.

Materiale — Il materiale antisettico adoperato nella scuola si compone di:

Digitized by Google

1° Silk protective;
2° Garza antisettica;
3° Cotone fenico;
4° Machintosk o tela impenetrabile.

Il principio antizimotico a questo materiale vien dato dall' acido fenico. Recentemente si proposero altre sostanze, come: il *lint* semplice, quello al borace, la *juta* all'acido salicilico, la *garza* igroscopica, quella all'acido salicilico, il *cotone cardato* di Bruns, la *garza al timol*, ecc. ecc. Ho fatto altrove studii comparativi sovra queste diverse sostanze e dovetti convincermi *come il meglio sia nemico del bene.*

Il *silk protective* è una specie di taffetà antisettico che serve a proteggere la superficie cruenta o suppurante dal contatto diretto e troppo irritante dell'acido fenico; con questo devesi coprire solo la soluzione di continuo.

La *garza antisettica* è una stoffa a larghe maglie che piegata a quattro doppi serve ad aspirare il secreto della soluzione di continuo, impedendo poscia che si corrompa. Vi hanno certi individui molto delicati, cui la garza antisettica preparata coll'acido fenico produce un vero eritema, in questi casi, che sono per altro molto rari, la si può cangiare colla garza preparata coll'olio essenziale di timo, ed alla nebulizzazione fenica sostituire quella di timol.

Il *cotone fenico* vale a duplice scopo, cioè: a filtrare l' aria atmosferica e perciò impedire che qualsiasi germe possa dall'esterno raggiungere la soluzione di continuo, e come deposito di feniche emanazioni da riversare lungamente sulla soluzione di continuo, epperò con tale mezzo la medicazione si può lasciare in posto per cinque o sei giorni senza che si esauriscano i principii antifermentativi.

Digitized by Google

Finalmente il *machintosk* o tela impenetrabile serve ad impedire la volatilizzazione dell' acido fenico, e concentrare un' atmosfera fenica sulle soluzioni di continuo. Tutte queste distinte parti vengono riunite e congiunte con un nodo in un solo strato in modo da poterle applicare e rimuovere come fossero un solo ed unico corpo.

Si è detto che questa medicazione era troppo complessa, messa al riscontro colla ordinaria, a me non sembra; anche per l'ordinaria occorreva: 1° una fettuccia spalmata d'unguento, e pei più *avanzati* di vino aromatico; 2° uno strato di filaccie ordinate, od in sorte; 3° un paio di pezzuole semplici; 4° una larga compressa. Vedete adunque che in quanto al numero siamo alla stessa misura, colla differenza però che nella medicazione antisettica tutti questi elementi si raccolgono in un sol corpo, laddove nella ordinaria è mestieri applicarli e toglierli a differente vece. Nella antisettica la medicazione è invariabile sempre, mentre la ordinaria muta ogni giorno. Così a piaga atonica, languida, suolsi ricorrere agli unguenti digestivi eccitanti; in opposte condizioni agli emollienti, temperanti, senza tener conto de' speciali, come l'unguento d'Arceo, il basilico, quello della madre, del padre e va dicendo.

Aggiungasi poi; che la medicazione ordinaria suole ripetersi due od almeno una volta al giorno, mentre l' antisettica la vedeste rinnovarsi solo ogni tre o quattro giorni, senza il più lieve sconcerto.

Si è detto anche che il costo era troppo elevato, e ciò è un errore, non vuo' darvi il listino dei prezzi correnti, vi assicuro però che non costa di più della ordinaria.

Digitized by Google

Nullameno voglio anche ammettere che possa costare qualche centesimo di più, ma la vita di un uomo non giustificherebbe sì tenue dispendio?

In Italia abbiamo due grandi depositi generali, uno a Venezia presso i fratelli Weiss, Semler e Gerhardt, ed il materiale proviene dalla fabbrica di Paolo Hartmann in Heidenheim nel Würtemberg, l'altro a Roma presso il signor Immelen con materiale proveniente dall'opificio del signor Baeschlin di Sciaffusa. Giova sperare che appena la consumazione abbia raggiunta una certa misura gli industriali del nostro paese sapranno portarsi a livello delle circostanze e preparare il materiale antisettico in casa, come si sa fare altrove. Ogni farmacia di qualsiasi grande o piccolo centro può provvedersi a quelle fonti e fornirsene dietro richiesta. Per tal modo il chirurgo, dato il caso di una ferita od urgente operazione, sa che immediatamente può trovare un materiale proprio e completo, comprese le fascie, senza tener qui conto della speciale azione di questi oggetti; mentre doverlo improvvisare in ogni famiglia è cosa più presto detta che fatta, epperò a scopo di più facile sbrigo si ricorre di solito allo spedale, con quale azione salutare, non fa mestieri che ve la dica.

4° *Modo di eseguirla* — Questa è la parte più delicata della medicazione, e ad essa in modo precipuo devonsi ripetere i resultati favorevoli o sfavorevoli che se ne ottengono.

Ritenete ancora una volta che non basta possedere il materiale Listeriano per saper fare una medicazione antisettica, siccome non basta possedere un bistorì per esser un chirurgo; tanto nell'uno, come nell'altro caso bisogna saperla, o saperlo adoperare.

Digitized by Google

Ed è la dimenticanza di questo precetto il grande errore in cui incappano gli esordienti, donde ingiuste recriminazioni sul metodo, mentre si dovrebbero riferire ad impropria esecuzione.

Innanzi tutto il chirurgo deve procurare di non essere egli stesso il distributore di germi infettivi ai propri ammalati, come pur troppo avviene frequentemente.

Ricordi che egli non può essere, anche innocentemente, artefice di male là, ove è chiamato ad essere ministro di bene.

Nei pubblici servizi si dovrebbe bandire e per sempre la sconveniente usanza che hanno i sanitari prima di accedere alle infermerie di ammantarsi in certi goffi paludamenti, specie di vesti talari, che sembrano fatte a bello studio per rappresentare la figura dell'*impaccio*.

Nè ciò dico solo dal lato estetico, ma per considerazioni di molto maggior momento.

Queste lunghe e prolisse tonache sono vere ed immense spugne, che raccolgono ed accumulano sangue, marcia, icore ed ogni putrido effluvio esalante da piaghe corrotte, e ciò per mesi se non per anni, e così pingue di germi fermentiscibili, veri intossicatori ambulanti vanno a distribuirli con generosa prodigalità ad ogni ammalato. Nè io esagero a studio, parlo con piena conoscenza di causa. Le Amministrazioni spedaliere più larghe e liberali di solito ammettono due stagioni nell'anno: *la calda* e *la fredda*, e forniscono ai loro sanitari due vestoni all'uopo. Altre Amministrazioni meglio econome si accontentano di considerare nell'anno una sola stagione, e conseguentemente provvedono una sola divisa, che non rinnovano se non quando questa, logora dall' uso, cade a brandelli;

Digitized by Google

figuratevi in tanto lasso di tempo cosa vi si deve raccogliere ed accumulare! Pensate poi che tali zimarre, oltre all'essere portate immancabilmente due volte al giorno a caricarsi di germi deleterii nelle infermerie, come ciò non bastasse, vi si appendono addirittura e la infermeria diviene la loro guardaroba!

E vi hanno ancora chirurghi che guardano in cielo per scrutare negli astri da qual parte potè mai entrare ne' loro comparti la risipola, il processo difterico e la septicemia, e, poverini, non sanno, che portano tali calamità essi stessi gloriosi e trionfanti.

Vorrei che queste severe, ma giuste parole fossero sentite da tutti per sradicare una costumanza non solo in contraddizione colla moderna dottrina sulla zimosi, ma coi più volgari principii d'igiene.

Prima di accingersi a praticare qualche taglio od eseguire qualsiasi medicazione su parti denudate, il chirurgo dovrà ben pulirsi le mani e sovratutto le unghie in acqua fenica al 2 1[2 per cento, precauzione che farà ripetere ai suoi aiuti, e così lavarsi ogni volta che abbia tocche parti, o sostanze che potessero contenere germi inoculabili.

Nè dovrà mai accingersi a rimuovere la medicazione, se prima non avrà avviluppata la parte nella nebbia fenica. Tolta la medicazione, il chirurgo con sottile diligenza e cura dovrà rimuovere ogni lordura o crosta poste alla periferia della soluzione di continuo, chè sotto que' strati impenetrabili all'acido fenico si possono, anzi ordinariamente si raccolgono germi pirogeni, che più tardi vegetando si propagano alla piaga. Il prosciugamento deve sempre farsi con bambagia fenica da rigettarsi appena adoperata e lasciare allo scoperto la soluzione di continuo il meno possibile, ben inteso avviluppata sempre nella nebbia fenica.

Digitized by Google

L'applicazione della nuova medicazione è la cosa più semplice che si possa ideare, essendochè tutti gli elementi sono raccolti e collegati in un solo corpo che si applica alla parte come fosse una compressa semplice, e là la si mantiene con un bendaggio contentivo ordinario. Tutti i vasi beanti, vuoi arteriosi, come venosi, devono essere tutti diligentemente allacciati con cat-gut o minuggia fenicata. Nè a quest'uopo vi consiglio di prendere quella preparata; dessa pel soggiorno protratto nell'olio fenico diviene friabile, e per ciò all'occorrenza inservibile affatto, oltre a ciò ha un prezzo troppo elevato. Noi adoperiamo le piccole corde di mandorlino, unte di olio fenico al 10 °|₀ pochi minuti prima di servircene; esse sono molto resistenti e non v'ha forza d'uomo che valga a spezzarle, oltre a ciò costano pochi centesimi e si trovano in ogni negozio di istrumenti armonici. Dacchè adoperiamo queste minuggie non ci occorse di rompere un solo filo, mentre prima consumavansi cinque a sei vasetti innanzi trovare un rotolo di cat-gut resistente. Alcuni vollero addebitare al cat-gut il grave inconveniente di esporre ad emorragie consecutive, e queste forse potevano occorrere quando si adoperava il cat-gut preparato, che, come dissi, molto friabile, obbligava a tenere il nodo non troppo serrato per non spezzare il filo, ma valendoci di minuggia resistente e stringendo il nodo per bene non ci occorse in tante operazioni di osservare un solo caso di emorragia arteriosa, e di legature possiamo dire di averne fatte e molte. Non vo' passare sotto silenzio che ebbimo in tre casi (*estirpazione della parotide, orchiectomia, ed amputazione del seno*) ad osservare un lieve trombo sanguigno, ma in tutti i casi si trattò di una picciola raccolta che non disturbò il processo di riparazione, nè protrasse

Digitized by Google

sensibilmente la cura. Queste accidentali effusioni sono sempre occorse ed occorrono cogli altri mezzi di legatura, anzi aggiungerò in ben maggiori proporzioni.

Tutti i nodi del cat-gut vennero assorbiti, e non si ebbe esempio di un sol nodo espulso.

Una utilissima innovazione propria alla medicazione antisettica è il drenaggio delle soluzioni di continuo; per esso si esporta, a misura che si effonde, ogni liquido dalla ferita o piaga, e con ciò si ottengono due significantissimi vantaggi. Evacuando immediatamente il sangue, la linfa e la marcia, si toglie che questi liquidi soffermandosi nella soluzione di continuo abbiano a decomporsi e così procurare auto-intossicazioni per germi zimotici provenienti vuoi dall'esterno come dall'interno, è questo il precipuo pregio della medicazione aperta di esportare i *liquidi morti* che formano il *pabulum* della fermentazione.

Inoltre questi liquidi accumulandosi nella soluzione di continuo ne disgiungono la superficie, lacerano i piccoli vasi, accrescono la raccolta e la soluzione di continuo si trasforma in un ematoma ed in ascesso, quando non sopraggiungono tosto fenomeni tossici più allarmanti.

Il tubo da drenaggio che s'impiega deve sempre essere capito in una soluzione fenica nell'acqua al 5 %, lo si deve collocare nel massimo diametro della soluzione di continuo ed in giacitura di naturale declivio. Tratto tratto è bene estrarlo, verificare se libero, purificarlo in una soluzione fenica, indi rimetterlo a posto raccorciandolo a misura che la soluzione si restringe.

Nel descriverla questa medicazione sembra un po' minuta, ma non lo è punto all'atto pratico e Voi po-

Digitized by Google

tete esserne giudici, che non solo l'avete veduta ad eseguire, ma l'avete praticata voi stessi durante l'anno clinico. Taluno potrà credere che queste sottili e minute cure sieno soverchie, epperciò tediose, il che non è; ma quand'anche ciò fosse non se ne potrebbe fare a meno, memori del precetto questa volta bene applicato, *che il fine giustifica i mezzi.* E li giustifica davvero, chè Voi vedeste ora è poco una giovane donna cui venne esportato un duplice e voluminoso gozzo, per cui occorsero non meno di 75 legature: con ampia dissecazione delle regioni sotto-ioidea e carotidea sinistra, operazione che richiese più di un'ora, e l'impresa non fu scevra di pericoli, chè in una forte legatura essendosi lacerata una vena cospicua, fummo minacciati da imponente emorragia, e fu mestieri di molta calma e non lieve circospezione per essere signoreggiata. Ciò non ostante malgrado sì ampia e profonda lesione, per cui si dovettero denudare la trachea ed il plesso carotideo, malgrado la durata ed estensione del traumatismo, la riunione per prima intenzione non venne meno e la donna in quinta giornata poteva di già abbandonare il letto! Se fossimo ai tempi dei negromanti, o della magia bianca, tale guarigione la si direbbe il giuoco di un sortilegio.

Quando in Inghilterra alcuni anni or sono da Spencer Well, Baker Brown e Clay si raccomandarono per la ovariotomia quelle minutissime cure e sottili osservanze a cui dovettero sì meravigliosi successi, oltre Manica ed altrove si rideva di questi arzigogoli, designati come fantastiche, o draumaturgiche ricercatezze, ma si rise per poco e poi si dovette essere ben umiliati dello scherno adoperato. Ciò fu e sarà per la medicazione antisettica, giudicata in sulle prime come una *réclame* di irrequieti *neoterici*, indi come cosa che

Digitized by Google

poteva anche *andare*, fino a che l'irrompere dei successi la impose come una delle più belle e grandiose conquiste dell'attuale secolo.

Per essa, Voi lo vedeste, anche le più temute operazioni più non sono un aspro periglio, pel cui successo accendevansi ceri ed appendevansi voti alle più celebrate immagini, nella speranza di un miracolo; i miracoli si fanno facilmente e potrei aggiungere anche con premurosa sollecitudine. Il pubblico più non dovrà mirare il chirurgo con occhio sgomento e quando lo vede accedere ad una casa, ritenerlo augello di triste presàgio, ma salutarlo come apportatore di insperato bene. Scordiamo per sempre quelle epoche infauste pel prestigio e decoro dell'arte, non molto remote, in cui si preparavano gli operandi colla.....estrema unzione. Le operazioni che prima davano alla statistica il 10 °|₀ di risultati favorevoli, ora dànno il 90 ₀|°, il che vuol dire che la medaglia ha avuto il suo rovescio.

Nella nostra Clinica per posizione e disposizioni igieniche così infelici, con latrine che vi sboccano entro, addossata al deposito dei cadaveri, di fronte ad un Istituto, ove vige e ferve la febbre puerperale, immediatamente al dissopra ed attorniata da altre infermerie chirurgiche, ove la risipola trovasi in seduta permanente, noi siamo giunti col metodo antisettico ad ottenere in un anno, in un novero cospicuo di gravissime operazioni, tali successi, che sarebbero *incredibili*, se non fossero *esattamente* veri.

I tempi in cui il chirurgo soleva dire a' suoi ammalati « Io ti ho operato e Dio ti guarisca » sono passati; ora, mercè la medicazione antisettica, può darsi il vanto di sapere rappresentare anche le parti della **Provvidenza.**

Digitized by Google

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

I BAGNI DI LUCE

RIVISTA DEL DOTT. CAV. **GIUSEPPE FRANCHI**

« Il vasto insieme dei fenomeni meteorologici, climaterici, geologici ed organici che rinnovellansi incessantemente alla superficie del nostro globo, è causato e mantenuto dalla luce e dal calor solare ».

HELMOHTTS.

« Dov'entra il sole non entra il medico ».

ADAGIO.

Il Prof. Mantegazza, nei suoi *Elementi d'igiene*, lamenta come gli uomini della colta Europa siano tutti fotofobi o nemici della luce e se ne difendano come da nemico con ombrelli, persiane, imposte, ecc. « Così facendo, scrive il sullodato Professore, noi ci priviamo di uno degli stimoli più utili e potenti della pelle, e vediamo indebolirsi le funzioni fondamentali della vita, senza contare il pericolo di subire una fiera cefalea non appena ci mostriamo al sole per due minuti senza il cappello ».

« I bagni di luce, prosegue l'Autore, sono utili ai sani e sono un vero rimedio per i deboli condannati a morir di scrofola, di tise o di tifo, se alla debole natura aggiungono la pessima igiene. Io consiglio con tutto il calore di una profonda convinzione, nata da un'esperienza di dieci anni, di far prendere a tutti i ragazzi deboli e scrofolosi alcuni bagni di sole in estate, abituandoli poco a poco, ma esponendo tutto il corpo nudo a quell'alito vivificante.

Digitized by Google

« Nell'occasione del nuoto conviene bagnare i capelli e proteggerli con cappello di paglia e poi si deve passeggiare o sdraiarsi al sole. Può darsi che nei primi bagni di luce compaia un po' d' orticaria o d' eritema, ma la pelle ne diverrà tanto più robusta e vascolare.

« Io conosco un uomo di salute invidiabile che, già innoltrato nella virilità, sembra ancor giovane, il quale, guidato da un istinto benefico, si espone in ogni estate più volte ad un bagno di sole, facendosi portare affatto nudo sul Ticino in un barchetto ».

La fisiologia non mette meno in rilievo l' importanza della luce sui fenomeni della vita. Se l'embrione umano, come l'embrione vegetale, sviluppansi fuori dello stimolo della luce, questa riesce poi indispensabile all'accrescimento dell'embrione divenuto uomo o pianta.

Influenza della luce sui vegetali. — La respirazione vera vegetale, cioè l'assorbimento di ossigeno e l'esalazione di acido carbonico, si effettua *ostensibilmente* così all'oscurità, che alla luce del sole, dai giovani germogli, dalle foglie nascenti e finchè abbiano raggiunto il loro pieno sviluppo, non che da' fiori altrimenti colorati, che in verde e dalle stesse parti verdi delle piante quando giacciono nell'oscurità. Dalle recenti sperienze di Corewinder risulta anzi che questi ultimi organi non cessano di respirare alla foggia degli animali anche sotto la luce solare; soltanto sotto quest'ultima influenza dissimulerebbesi il processo di assorbimento dell'ossigeno ed esalazione di acido carbonico, per l'azione opposta che sviluppa la clorofilla, o materia colorante verde, di decomporre alla luce solare l'acido carbonico atmosferico con fissazione del carbonio sui tessuti della pianta e liberazione d'ossigeno.

Quest'ultima funzione, che passò lungo tempo come la vera respirazione vegetale, e non è che un *atto di assimi-*

Digitized by Google

lazione, d'ingestione di carbonio, è *tutta subordinata* all'azione che ha la luce solare sulla clorofilla dei vegetali, e si effettua in ragione dell'intensità di quella. Si esercita in massimo grado allorchè le parti verdi delle piante sono esposte all'azione diretta del sole; diminuisce gradualmente d'importanza a misura che la luce vien meno, come quando il tempo è nebbioso e piovoso.

In circostanze analoghe, se non identiche, può dimostrarsi come la respirazione propriamente detta sia continua anche dal lato delle parti verdi delle piante. Infatti, Corenwinder provò che se trasportasi in un appartamento illuminato solo da finestre laterali ed ove i raggi solari non penetrano direttamente, se vi si trasportano delle foglie adulte, si vede che durante il giorno queste espirano acido carbonico in proporzioni variabili, secondo la natura loro, l'indebolimento della luce diffusa e l'azione della temperatura. Fra tutte le piante su cui Corenwinder eseguì simili ricerche, l'ortica comune parve dare più acido carbonico allorchè si chiude in un appartamento poco illuminato (*Rev. sc.* 1° agosto 1874).

Claudio Bernard racconta che anestesiando una pianta acquatica, mettendola cioè sotto una campana, in un recipiente pieno d'acqua in cui sia disciolto un po' d'etere o di cloroformio, sotto la luce solare si rende sensibile la respirazione *vera* di essa pianta, perocchè il fenomeno anteriormente predominante dell'assorbimento di carbonio e liberazione d'ossigeno viene sospeso durante l'anestesia, per ripristinarsi quando questa cessa (*Rev. sc.* 18 agosto 1877).

Anche la respirazione vera, la quale, dopo le sperienze di cui sopra, risulta essere una funzione continua eziandio presso i vegetali e non effettuasi presso di loro transitoriamente ed a sbalzi, come per molto tempo si credette, ancora la respirazione vera vegetale, ripetiamo, sembra

Digitized by Google

influenzata dalla luce solare, dacchè si vedono i giovani germogli *respirare* meno durante la notte ed allorchè la temperatura è bassa, come avviene soventi in primavera, che non durante il giorno, in piena luce, sopratutto se la temperatura è elevata (CORENWINDER, *loc. cit.*).

L'osservazione volgare dimostra così che il color verde delle foglie e degli altri organi erbacei è tanto più vivace nelle piante, quanto più liberamente esse fruirono la luce diretta del sole; quelle che vissero in luoghi ombreggiati presentano un verde più o meno sbiadito; e, finalmente, se una pianta sana la si porta in luogo perfettamente oscuro, le sue foglie ingialliscono e cadono, le nuove emesse mostransi bianche, piene d'umori, deboli e floscie; essendovi fiori in bottone, questi cadono senz'aprirsi e s'erano aperti la fecondazione fallisce e la pianta diviene *clorotica*.

All'analisi chimica le piante clorotiche mostrano contenere più acqua, più acido carbonico, più gomma e meno potassa, meno olio, meno idrogene, resina e carbone in confronto di quelle sane.

Le prime sono perciò insipide e bruciano a stento, come le piante putrefatte. Le seconde invece abbondano di principii cui debbono il sapore, l'odore, la compattezza, la durezza, la forza calorifica e che sono principalmente dovuti alle proporzioni di carbonio che contengono.

Le piante che vivono all'oscuro crescono più rapidamente di quelle che vivono alla luce, s'allungano di più; e se sono illuminate più da una parte che dall'altra, allora piegano la cima ed i rami verso la parte onde viene la luce più intensa. Quest'ultimo fatto è spiegato dal De Candolle coll'osservare che nella parte della pianta su cui l'azione della luce è più energica l'acido carbonico si decompone, si fissa il carbonio e le fibre acquistano maggior tenacità e robustezza; mentre nella parte opposta del

Digitized by Google

fusto, mancando od essendo molto debole l'azione della luce, il tessuto deve rimaner floscio e nello stesso tempo allungarsi di più, onde un'inflessione del tronco verso il lato meglio illuminato.

Del resto, la radiazione solare è necessaria tanto alla vita delle piante provviste di clorofilla, che alla vita di quelle che ne sono prive. Boussingault afferma che senza quello stimolo le une e le altre sparirebbero dalla superficie del globo, e cita degli esempi che confermano questo mo' di vedere (*Res. dell'Accad. delle Sc. di Parigi*; seduta 24 aprile 1876).

L'eccesso della luce, mentre indurisce il legno, nuoce allo sviluppo delle piante; epperò quelle che vivono isolate nei campi s'innalzano meno di quelle vegetanti nelle foreste.

(Continua).

Maschka — *Mittheilungen aus der gerichtsärztlichen Praxis.* Prager. Vierteljahrsschr. f. d. Prakt. Heilk. CXXXVI § 23. — **Comunicazioni di casi medico-legali.** (*Centralblatt f. M. Wiss.* N. 3, 1878). — L'Autore comunica una serie di casi in cui per la morte improvvisa e per esterne circostanze era nato il sospetto d'una morte violenta o d'avvelenamento ed ove però la autopsia dimostrò essere questo sospetto infondato e svelò come causa della morte malattie molto interessanti rimaste più o meno lungo tempo latenti. Siffatte malattie erano: tumore della ghiandola pineale, ascesso del cervello in conseguenza di carie dell'osso temporale, apoplessia cerebrale nel decorso d'un processo leucemico, edema polmonare in un individuo affetto da Leucemia, peritonite con perforazione dell'intestino in prossimità di un'invaginazione, soffocazione per emorragia in un gozzo, edema della glottide in conseguenza d'un ascesso alla mascella inferiore, finalmente soffocazione per un pezzo di carne indurito rimasto nella faringe.

L'Autore aggiunge a questi ancora due casi d'avvelenamento con cromato di potassa e con sublimato; in ambedue i casi i fenomeni più spiccati erano, durante la vita i sintomi dell'irritazione del tratto intestinale; all'autopsia gli effetti corrodenti allo stomaco ed intestino.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 27ª settimana

dal 30 giugno al 6 luglio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	9	»	9	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	2	»	2	» tubercolose, scrofolose	1	5	6
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	3	»	3	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	1	2	3	» ematiche	»	»	»
Coclussie	1	1	2	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	»	1	» scirrose, cancerose	1	1	2
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	1	1	2
Scarlattina	1	»	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	2	2
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»	TOTALE	56	47	103
» tifoidea e tifo	1	2	3				
» miliare	»	»	»				
Malattie della gravidenza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	7	4	11
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	1	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	1	»	1	TOTALE nella 27ª settim.ma	63	51	114
Malattie dell'appar.º respiratorio	11	9	20	» nelle settim.e precedenti	2030	2048	4078
» dell'apparato dell'alimentazione	10	17	27				
» dell'app.º cardio-vasale	4	1	5	TOTALE complessivo	2093	2099	4192
» del sistema nervoso	7	1	8				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	1	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	1	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1832	1865	3697
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 27ª settimana	83	56	139	1	9	10
Nelle precedenti	1751	1629	3380	152	99	251
TOTALE COMPLESSIVO	1834	1685	3519	153	108	261

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 12 *luglio* 1878.

Presidenza **Gamba**.

Sono presenti i Soci: Gamba, Demarchi, Pertusio, Borsarelli, Laura G. B., Giacomini, Novaro, Porporati, Perotti.

Si legge il verbale della Seduta precedente che è approvato.

Si dà lettura dell'elenco delle presentazioni seguenti:

Annuario della Società dei Naturalisti in Modena, serie II, disp. 3ª. Modena 1878.

Atti del Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti, dal novembre 1877 all'ottobre 1878, tomo 4°, serie V, disp. 7ª. Venezia, 1878.

Barduzzi D. — *Sulla identità o non identità della difterite con la scarlattina*. Firenze, 1878 (Estratto dall'*Imparziale*).

Berruti *Dott.* Luigi — *Lezioni sulla igiene pubblica e privata esposte nell'anno accademico* 1875-76. Torino, 1877, vol. 2°.

Conti *Dott.* Antonio — *Studio anatomo-istologico sopra un sarcoma osteoide cavernoso ed un cancroide*. Sassari, 1878.

id. — *Metamorfosi dell'uovo e sviluppo dell'embrione*. Sassari 1878.

Corona *Dott.* Augusto — *Contribuzione allo studio delle localizzazioni cerebrali*. Roma, 1878 (Estratto dal *Giornale di medicina militare*).

Giraud *Dott.* Giuseppe — *L'universo, ossia il mondo disvelato*. Torino, 1878.

Digitized by Google

MARCACCI *Prof.* GIOSUÉ — *Di una cisti ovarica e della susseguente ovariotomia, morte per paralisi intestinale.* Firenze, 1878 (Estratto dallo *Sperimentale*).

MATTEI *Conte* CESARE — *Elettromiopatia.* Casale Monferrato, 1878.

PISTONI GIULIO — *Importante anormalità del cuore.* Modena, 1878 (Estratto dallo *Spallanzani*).

Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Serie II, volume XI, fasc. X. Milano, 1878.

RIZZETTI *Dott.* GIUSEPPE — *Bullettino medico-statistico della città di Torino,* N° 26. Torino, 1878.

SEVERINI *Prof.* LUIGI. — *Ricerche sulla innervazione dei vasi sanguigni.* Perugia, 1878.

WASSEIGE *Docteur* M. — *De l'opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique.* Bruxelles, 1878 (Estrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*).

Il **Presidente** dà quindi la parola al Socio Giacomini, il quale legge la sua memoria sulla *Topografia della scissura di Rolando.*

Il **Presidente** rimanda la continuazione della lettura di questa memoria alla prossima Seduta; ringrazia frattanto il Socio Giacomini per la parte già letta, e su questa apre la discussione e incomincia per domandare egli stesso qualche spiegazione sulla posizione del diametro trasverso massimo.

Il Prof. **Giacomini** risponde che la variazione nella posizione del diametro trasverso massimo non è poi tanto grande.

Il **Presidente** ripete che sarebbe importante studiare se il diametro trasverso massimo abbia colla scissura del Rolando lo stesso rapporto sui dolicocefali che il Socio Giacomini ha trovato nei brachicefali.

Si scioglie la Seduta.

Il Presidente **A. Gamba.**

Il Segretario part. **G. F. Novaro.**

Digitized by Google

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

TOPOGRAFIA DELLA SCISSURA DI ROLANDO

per C. Giacomini

Una delle più belle conquiste che in questi ultimi tempi abbia fatto la Patologia, si è certamente quella che riguarda le Localizzazioni cerebrali. Se non tutti i Fisiologici, e principalmente quelli che più di proposito si sono occupati delle funzioni del sistema nervoso centrale, non sono troppo favorevoli al modo con cui vengono interpretati gli esperimenti che hanno dimostrato che alcuni tratti della corteccia cerebrale sono sede di centri di movimenti per dati gruppi di muscoli; se sono ancora divisi i pareri sulla causa intima e la natura del rapporto fra le irritazioni della corteccia e le manifestazioni periferiche; per i Patologi questa questione è messa fuori di dubbio, essendo oggidì già numerose le osservazioni, le quali vengono a confermare tale fatto. Ed alla Clinica anzichè alla Fisiologia sarà dovuto ogni ulteriore progresso a questo riguardo.

Ma calmatosi l'entusiasmo che ha saputo produrre nei pratici, la possibilità di poter diagnosticare con precisione e sicurezza una lesione della superficie cerebrale, un'altra questione sorgeva tosto e si imponeva ai loro studi; questa era la cura. Una volta diagnosticata una lesione di un tratto più o meno circoscritto della corteccia del cervello, era naturale che sorridesse al pensiero l'idea di poter direttamente portare sulla parte lesa quei presidii, che valessero a farla ritornare alle condizioni primitive od almeno a scongiurare

Digitized by Google

maggiori inconvenienti. Ma per essere sicuri di dirigere i nostri strumenti sopra una data circonvoluzione, egli è d'uopo conoscere esattamente quale sia il rapporto di dette circonvoluzioni colla superficie craniana. Ed ecco sorgere una parte nuova dell'Anatomia, la Topografia delle circonvoluzioni cerebrali rispetto alla scatola ossea in cui sono racchiuse. Evidentemente questo studio di anatomia applicata non poteva con frutto farsi, se non quando fossero state ben conosciute le singole circonvoluzioni nel loro decorso e nel loro mutuo rapporto. Quindi è solo in questi ultimi anni che incominciò attivo il lavoro di analisi, il quale ha già recato un abbondante materiale per la soluzione della nostra questione.

E se vi esistono ancora contestazioni sopra la determinazione esatta di centri speciali, motori o sensitivi sulla superficie cerebrale, queste non devono riguardare punto l'anatomia, la quale, una volta che si è proposto un problema, procede alla soluzione del medesimo indipendentemente da altre considerazioni che non siano quelle che sorgono dal campo scientifico. E se questi studi anatomici non potranno tutti aver tosto la loro applicazione, non per questo saranno meno interessanti; ed essi resteranno sempre fermi qualunque siano gli eventi che gli ulteriori progressi faranno subire alla storia delle localizzazioni cerebrali.

Nello studio della topografia delle circonvoluzioni cerebrali rispetto alle pareti delle cavità che le contengono, egli è d'uopo evitare uno scoglio, che si è quello di voler troppo localizzare; essendochè così facendo è impossibile che si riesca ad un risultato accetto e soddisfacente stante la grande varietà degli individui. Quindi convien piuttosto cercare di fissare

Digitized by Google

in modo il più esatto non solo, ma il più facile a constatarsi i tratti principali della superficie del cervello e ad essi poi colle nozioni che si hanno oggidì dalla anatomia riferire le parti secondarie come attorno ad un centro. Si è perciò che non stimo troppo pratico il processo adottato dalla maggioranza degli autori che si sono occupati di tale materia, di voler cioè prendere come guida nello studio della topografia delle circonvoluzioni cerebrali le diverse suture che riscontriamo sulla superficie craniana. E non credo adatto questo processo: 1° perchè non è sempre possibile alloraquando il cranio è coperto dalle parti molli di ben constatare le diverse suture, che uniscono le ossa (fatta anche astrazione di quando dette suture sono scomparse, per il progresso dell'età o per circostanze speciali morbose, e non tenendo pur anche conto delle suture sopranumerarie che non raramente si riscontrano per l'esistenza di ossa Wormiane); in 2° luogo perchè, data anche la possibilità di rinvenire sempre con certezza le dette suture, esse non corrispondono mai a divisioni notevoli della superficie cerebrale, per cui siamo obbligati ad un altro lavoro per giungere allo scopo nostro, vale a dire per riferire le divisioni primarie del cervello alle diverse suture, ed in questa moltiplicità di operazioni, come ben si comprende, si moltiplicano pur anche le possibilità d'errori, e non possediamo ancora mezzi per valutarli al loro giusto valore.

Quindi tali studii servono mirabilmente come lavoro preparatorio e che chiunque deve ripetere se desidera giungere a risultati meno oscillanti, ma non possono essere presentati in tal modo alla pratica; essi servono di guida sicura sul cadavere, sono utilissimi come studii nella sala di dissezione, ma al

Digitized by Google

letto dell'ammalato egli è d'uopo avere altri elementi più facili a riscontrarsi e corrispondenti a parti interne essenziali per stabilire la sede di un dato punto della corteccia cerebrale. Al chirurgo giova non tanto un processo d'analisi quanto piuttosto il risultato finale della medesima. Ma ognun sa qual lunga via si debba percorrere prima di giungere ad un risultato soddisfacente, quanto moltiplicate e svariate debbano essere le osservazioni prima di stabilire non solo la regola, ma ancora tutte le singole eccezioni.

Malgrado che gli studii che io ho intrapreso sopra la topografia delle circonvoluzioni cerebrali siano anteriori a tutte le memorie che furono pubblicate a questo riguardo, e che accenneremo più avanti, essendo che le mie osservazioni datano fin dal 1874, e che ho dovuto interrompere per circostanze che è qui inutile di ricordare, tuttavia sono lieto di vedere che il piano da me seguìto non sia stato da alcuno tentato. Io partii sempre dall'idea che, se si desidera che gli studii di anatomia applicata siano resi famigliari, ed abbiano perciò un'utilità pratica, egli è d'uopo che essi siano di facile constatazione, senza il soccorso di molti istrumenti, senza il bisogno di lunghi calcoli; di più egli è d'uopo non troppo dogmatizzare in cose in cui tutto è relativo.

Per chi conosce la disposizione delle circonvoluzioni cerebrali sa come in presenza di un cervello anche mediocremente circonvoluzionato riesca talora difficile il poter sceverare le diverse parti che lo compongono. Ora queste difficoltà crescono a mille doppi qualora noi vogliamo precisare queste parti coperte dalla scatola ossea e dai comuni integumenti.

Digitized by Google

Nello studio della topografia cerebro-craniana dobbiamo procedere nel medesimo modo che si è proceduto nello studio della superficie del cervello. Essa ha cominciato ad essere ben definita nelle sue pieghe alloraquando furono ben studiate le divisioni primarie e furono notate tutte le varietà possibili. Ed io sono intieramente persuaso che un reale progresso si sarà verificato nella topografia cerebro-craniana alloraquando sia ben stabilito il modo di riscontrare le tre scissure primarie che sono costanti nella loro esistenza e nel loro decorso e che costituiscono le principali divisioni della superficie del cervello. Che anzi io sarei pago se con un metodo semplice e di facile applicazione si potesse tracciare sul cuoio capelluto la direzione della Scissura di Rolando, la più importante fra le tre sotto il punto di vista topografico. Si è appunto a questo scopo che mira questa mia comunicazione.

La superficie esterna degli emisferi cerebrali incominciò ad essere bene distinta nelle sue circonvoluzioni alloraquando fu ben conosciuta la Scissura di Rolando, o per meglio dire quando furono note le due circonvoluzioni che limitano tale scissura e si riscontrò essere le medesime costanti nella loro esistenza e nei loro rapporti. Fu primo il Vicq d'Azyr a far notare tale fatto di somma importanza; il quale nella spiegazione della tavola III della sua opera intitolata: *Traité d'Anatomie et de Physiologie*, Paris, 1785, sotto le lettere ggggg scrive: *Circonvolutions moyennes — elles sont obliquement dirigées de haut en bas, mais elles sont plus grosses, plus allongées, et par conséquent moins contournées que dans les autres régions du cerveau.*

Digitized by Google

Però l'indicazione del Vicq d'Azyr era troppo vaga e non poteva certamente, per il modo con cui era esposta, fermare l'attenzione degli anatomici, se essi non fossero già molto innanzi nello studio del cervello. E ciò che doveva ancora rendere un po' oscura l'interessante osservazione di Vicq d'Azyr si è che per una dimenticanza forse del disegnatore nella figura III del suo atlante mancano due lettere gg, le quali dovevano designare la circonvoluzione posteriore alla scissura di Rolando, che è conosciuta oggi col nome di Circonvoluzione Parietale ascendente.

Quindi non è meraviglia se dal 1785 dobbiamo giungere fino al 1829, epoca in cui venne pubblicata l'opera del Rolando — *Della struttura degli emisferi cerebrali*, per vedere non solo una semplice conferma di tale disposizione, ma piuttosto una nuova descrizione.

Il Rolando nelle fedelissime sue figure, nella spiegazione delle medesime e più specialmente a pagina 8 del testo, pur riconoscendo la priorità di Vicq d'Azyr, dà un'idea esatta e chiara del modo con cui si comportano le due circonvoluzioni medie di Vicq d'Azyr che egli chiama Processi enteroidei verticali di mezzo o lunghi, per distinguerli da due altri processi pure verticali ma brevi, l'uno anteriore e l'altro posteriore, i quali se oggidì nella divisione che venne fatta della superficie esterna del cervello sono assimilati ad altre circonvoluzioni, non cessano perciò di dimostrare l'acuta osservazione del Rolando, essendochè è abbastanza frequente di osservare emisferi i quali presentino questi processi verticali, dei quali ci rendiamo oggidì facile ragione conoscendo l'importanza delle pieghe anatomiche.

Digitized by Google

Ma chi ha messo in rilievo tutta l'importanza morfologica della Scissura di Rolando e delle sue circonvoluzioni limitrofe si fu il Leuret (1). E dall'anatomia comparata fu indotto a tenere un grandissimo conto di detta scissura. Egli studiando le circonvoluzioni nei mammiferi vide come in molti di essi, ad es. volpe, cane, gatto, orso, lupo, ecc., le circonvoluzioni avessero tutte una direzione concentrica alla Scissura di Silvio e non fossero perciò interrotte nel loro decorso. Però le circonvoluzioni in questi animali si comportavano abbastanza diversamente, per cui egli divise in 15 gruppi i mammiferi per il modo appunto con cui si trovavano disposte le pieghe cerebrali. Nel 15° ed ultimo suo gruppo, nel quale comprende le scimmie, egli trovò che questi animali si distinguono dagli altri per l'esistenza di due circonvoluzioni superiori, le quali procedono dalla Scissura di Silvio all'interemisferica ed interrompono perciò il decorso delle altre. L'una di queste circonvoluzioni, posteriore, « se porte, scrive il Leuret, en haut et en « arrière pour s'unir à la circonvolution interne, « tandis que l'antérieur fournit trois circonvolutions « qui se dirigent vers la partie antérieure du cerveau « (Circonvoluzioni frontali superiore, media ed infe- « riore). Entre ces deux circonvolutions il existe un « sillon qui les sépare dans toute leur longheur, et « dont l'existence est aussi constante que celle de Syl- « vius. J'ai donné à ce sillon le nom de Sillon de « Rolando parce que cet anatomiste l'a décrit chez « l'homme, où il est encore plus développée que chez « le singe » (2).

(1) *Anatomie comparée du système nerveux considéré dans ses rapports avec l'intelligence*, par Leuret. Paris, 1839.

(2) Op. cit., pag. 398.

Digitized by Google

Ho voluto ricordare un po' di storia della Scissura di Rolando per dire che io non trovo giusto nè ragionevole il rimprovero che venne fatto recentemente al Leuret da alcuni autori, d'aver cioè dimenticato nello stabilire la denominazione della scissura in discorso il nome di Vicq-d'Azyr. Se questi fu veramente il primo che ha osservato e figurato la sopradetta disposizione, ad essa non venne data importanza maggiore delle altre parti, e rimase perciò sterile; come non venne data ad essa importanza alcuna da Gall e Spurzheim, i quali per altro esattamente la riproducono in due figure contenute nelle tavole VIII e IX dell'atlante della loro monumentale opera intitolata: *Anatomie et Physiologie du système nerveux en général.* Parigi, 1810-1819. Tutto ciò indica, sono parole dello stesso Rolando, piuttosto l'abilità del disegnatore, che un'indagine a tal fine diretta dall'anatomico. Mentre dalla esatta ed estesa descrizione che ne dà il Rolando se ne rileva non solo tutto l'interesse, ma ancora la costanza nel manifestarsi. Queste circonvoluzioni con decorso trasversale riscontrate solamente nel cervello, non di tutte le scimmie come credeva il Leuret, ma delle più superiori e che assumono proporzioni maggiori nell'uomo, furono chiamate Circonvoluzioni di perfezionamento, indicando un grado superiore di sviluppo, mentre le altre circonvoluzioni con decorso antero-posteriale sarebbero conosciute col nome di Circonvoluzioni primitive o costanti, rinvenendosi esse in tutti gli animali a cervello circonvoluzionato.

Questo fatto riscontrato dal Leuret col soccorso dell'anatomia comparata, costituì un reale progresso ed apportò una grandissima luce nello studio della

Digitized by Google

topografia delle circonvoluzioni del cervello umano. La Scissura di Rolando non solo costituì la linea divisoria fra il lobo frontale ed il parietale, non solo essa ci è d'una guida sicura e fedele per la sua costanza e profondità per rinvenire le circonvoluzioni che costituiscono i due lobi che essa limita, ma per la sua direzione trasversale divide la superficie cerebrale in due parti non affatto eguali, le quali in una normale conformazione stanno fra loro in un dato rapporto; ed alloraquando questo rapporto si trova d'alquanto variato, esso ci esprime sempre delle lesioni profonde congenite nell' organo del pensiero, come succede appunto nei cervelli microcefalici (1).

Ma gli studi recenti di fisiologia e di patologia hanno accresciuto di molto l'interesse che presenta la Scissura di Rolando. Invero gli esperimenti fatti da Ferrier sulle scimmie hanno dimostrato come il tratto di corteccia cerebrale che sta attorno alla scissura di Rolando sia quello che risponde alle eccitazioni, producendosi movimenti in diverse parti del corpo a seconda del punto che vien sottoposto ad esperimento.

Per non spendere troppe parole intorno a questo argomento oggidì molto ben conosciuto, io presento un fedele disegno della superficie esterna del cervello, nel quale fu segnato in tratti più oscuri la parte della corteccia cerebrale che viene considerata come sede di centri motori. Questa figura è fatta sulle indicazioni che dà Ferrier sulla situazione di detti centri determinati specialmente sul cervello di scimmie. Si scorge come la Scissura di Rolando

(1) Vedi per più ampi particolari la mia *Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo.* Torino, 1878.

Digitized by Google

sia situata proprio nel mezzo di detta porzione motrice (1).

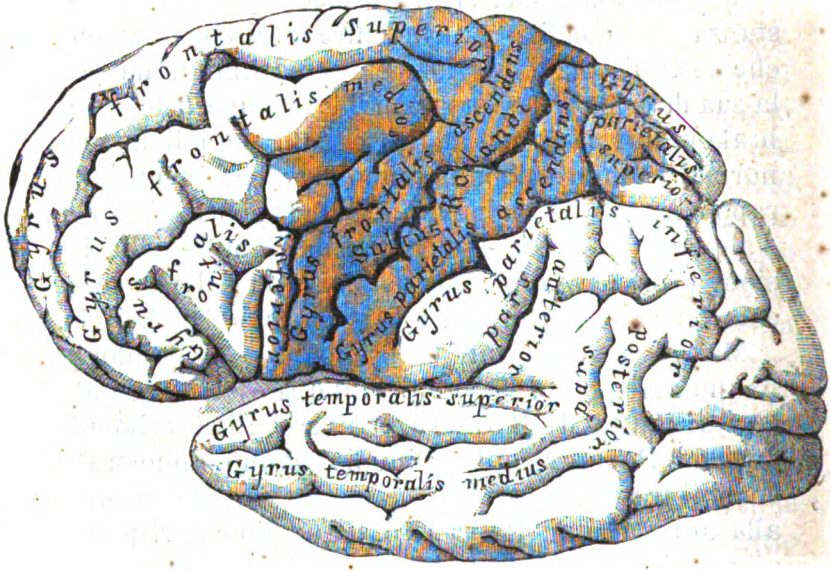


FIG. I.

Il tratto più oscuro della corteccia corrisponde alla zona motrice di Ferrier. — Come si scorge il *Sulcus Rolandi* è situato nel centro di essa.

E diffatti al davanti di essa nella Circonvoluzione frontale ascendente e partendo dalla estremità inferiore ed andando in alto verso la scissura interemisfera, secondo Ferrier si riscontrerebbe: 1° Il centro per il movimento delle labbra e della lingua, destinati all'articolazione delle parole. I fatti sperimentati sarebbero poi perfettamente d'accordo con le osservazioni cliniche di Boillaud e

(1) *Les fonctions du cerveau* per DAVID FERRIER. Paris, 1878.

Digitized by Google

Broca, i quali considerano tale regione come la sede del linguaggio articolato, avendosi afasia allorquando si trova lesa. 2° Più superiormente si trova il centro per elevare od abbassare l'angolo della bocca. 3° Più in alto in corrispondenza dell'origine della circonvoluzione frontale media esisterebbe il centro dei movimenti di flessione del braccio e di supinazione della mano. 4° Nella parte più superiore della circonvoluzione frontale ascendente si troverebbero i centri per i diversi movimenti complessi delle gambe e delle braccia, come si producono nel nuoto e nell'atto di arrampicarsi. 5° Sulla parte più posteriore della circonvoluzione frontale superiore, vi sarebbe il centro di proiezione del braccio e della mano. 6° Sulla parte più posteriore della circonvoluzione frontale media il centro per i movimenti laterali della testa e degli occhi, con elevazione delle palpebre e dilatazione delle pupille.

Posteriormente alla scissura di Rolando sulla Circonvoluzione parietale ascendente e cominciando pure dal basso ed andando in alto si troverebbe il centro per la retrazione dell'angolo della bocca; poi i centri di movimento della mano e del pugno, e finalmente nella parte superiore, interessando pure una grandissima parte della circonvoluzione parietale superiore, il centro dei movimenti del piede e della gamba come si eseguiscono nell'atto del camminare.

Ed ora passiamo alla Patologia ed ascoltiamo uno dei suoi più illustri rappresentanti, il Charcot, il quale in recente lavoro fatto in comune con Pitres ed intitolato: *Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères du cerveau, observations*

Digitized by Google

relatives aux paralysies et aux convulsions d'origine corticale, viene nelle seguenti conclusioni:

1° La corteccia del cervello dell'uomo, non è già funzionalmente omogenea, una parte solamente delle circonvoluzioni è destinata all'esercizio regolare di movimenti volontari. — Questa parte che si può chiamare Zona motrice corticale comprende il lobulo paracentrale (lobulo pararolandico), le circonvoluzioni frontale e parietale ascendenti e forse altresì il piede delle circonvoluzioni frontali;

2° Tutte le lesioni corticali, qualunque sia la loro estensione, aventi sede all'infuori della zona motrice sono latenti sotto il punto di vista dei disturbi della motilità, vale a dire che esse determinano nè paralisi, nè convulsioni. Noi potremo aggiungere che esse non si accompagnano giammai da degenerazioni secondarie del midollo spinale.

3° Al contrario le lesioni distruttive anche molto limitate che intaccano direttamente od indirettamente la zona motrice, provocano necessariamente dei disturbi di motilità volontaria;

6° Lo studio delle paralisi e convulsioni di origine corticale dimostra che i centri motori corticali per i due arti del lato opposto sono situati nel lobulo paracentrale (pararolandico) e nei due terzi superiori delle circonvoluzioni ascendenti e che i centri per i movimenti della parte inferiore della faccia sono collocati nel terzo inferiore delle circonvoluzioni ascendenti in vicinanza della scissura di Silvio.

7° Egli è probabile che il centro per i movimenti isolati dell'arto superiore, risieda sul terzo medio della circonvoluzione frontale ascendente del lato opposto.

Digitized by Google

È veramente consolante di trovare un accordo così perfetto tra i fatti sperimentati e le osservazioni cliniche; e ciò sarà di grande incoraggiamento agli studiosi, lasciando intravedere una non troppo lontana epoca, in cui si potrà giungere a qualche concetto ben definito anche riguardo al cervello.

Ora questo accordo tra Fisiologi e Patologi diede nuovi pungoli al desiderio già vivissimo degli Anatomici di percorrere minutamente tutta la superficie cerebrale, onde vedere se quelle parti che rispondono in modo particolare agli stimoli presentino pur anche una struttura che si allontani d'alquanto da quella delle altre regioni che questa proprietà non posseggono.

Si sa oggidì dagli studi di Meynert (1) che la costituzione tipica della corteccia cerebrale sarebbe formata da cinque strati. Però su questo riguardo non convengono tutti gli autori, essendochè questi strati non sono limitati da linee ben nette e precise, ma si continuano insensibilmente gli uni cogli altri, per cui riesce non tanto facile di poterli ben circoscrivere, come riesce non troppo difficile di moltiplicarli. E troviamo infatti autori, tra i quali recentemente il Dott. Mayor (2), che ammettono sei strati come caratteristici dell'architettura della sostanza grigia del cervello.

Per ora io desidero solo richiamare l'attenzione sopra alcuni elementi che si riscontrano nello spessore della corteccia, e che sono proprii di alcune regioni, e più specialmente della regione che stiamo ora

(1) Meynert. – *Stricker's Handbuch der Microskopischen Anatomie*, c. XXXI.
(2) Mayor Herbert. – *The structure of the island of Reil in Apes*, = *The Lancet* luglio 1877.

Digitized by Google

studiando. Il Betz fin dal 1874 (1) appoggiato successivamente nel 1875 dal Mierzejewski (2), aveva riscontrato nel lobulo para-rolandico, da lui chiamato para-centrale, la presenza di grandi cellule ganglionali alle quali era stato dato il nome di Cellule giganti per il loro volume superiore agli altri elementi che si riscontrano nella corteccia. Esse si troverebbero nel 4° strato di Meynert, ed avrebbero secondo il Betz un significato eminentemente motorio.

La questione era a questo punto, quando i recentissimi studi di Bevan Lewis (3) ed Henry Clarke, resi di pubblica ragione solo in questi ultimi giorni, tenderebbero a dimostrare che queste cellule giganti occupano sotto forma di gruppi delle regioni fisse e costanti della corteccia, e che esse sono specialmente ed esclusivamente una caratteristica disposizione dell'area motrice come venne limitata dal Ferrier. Ciascun gruppo di questi elementi sarebbe suddiviso in numerosi gruppi secondarii, costituiti da due a cinque cellule, che formerebbero i così detti nidi di Betz. Questa disposizione venne dai sopra citati autori riscontrata sulla circonvoluzione frontale ascendente e sull'origine delle due circonvoluzioni frontali superiore e media: ed i diversi gruppi di cellule sarebbero distribuiti sopra certe aree perfettamente corrispondenti ai speciali Centri motori di Ferrier. Di più i sopracitati autori affermano che la costituzione della corteccia a cinque strati sarebbe

(1) Betz. - *Gehircentra*. - *Centralblatt für die Medi. Wissen*, 1874. N. 37-38.

(2) Mierzejewski. - *Des lésions cérébrales dans la Paralysie générale. Progres Médical*, 1875, N, 21.

(3) Bevan Lewis and Henry Clarke. - *On the Cortical lamination of the Motor Area of the Brain. - Proceedings Roy, Loc.* 1878.

Bevan Lewis - *On the comparative structure of the cortex cerebri. Brain* april 1878.

Digitized by Google

propria della area motoria, quella invece a sei strati delle altre regioni. La circonvoluzione parietale ascendente sarebbe una regione di transizione, dove la struttura caratterisca della zona motoria si mescola con quella delle parti più posteriori.

Questi studi furono fatti essenzialmente sul cervello umano, ripetuti poi sul cervello del gatto e della pecora, ed essi sono troppo recenti perchè abbiano già avuto una conferma. Io li ho qui riportati per dire che il tratto della corteccia cerebrale che sta attorno alla Scissura di Rolando anche dal lato istologico presenta delle particolarità proprie non reperibili nelle altre regioni.

Quanto siamo venuti esponendo, serve a dimostrare che la Scissura di Rolando andò sempre acquistando maggiore importanza quanto più la scienza progrediva, ed essa non ha solo un'importanza dal lato morfologico, ma che è eguale, se non maggiore il suo interesse dal lato fisiologico, patologico ed istologico. Quindi deve essere il primo punto topografico che dobbiamo cercare di ben stabilire, non esistendovi altra parte della corteccia cerebrale che possa con essa competere; ed essendo fino ad ora l'unica regione su cui il chirurgo intraprendente possa raccogliere sufficienti elementi per iniziare un'operazione.

La Topografia della scissura di Rolando può essere considerata sotto due aspetti: 1° Dobbiamo studiare la posizione di questa scissura rispetto alla parete craniana, e rintracciare i dati che ci guidano a metterla allo scoperto. Dobbiamo in secondo luogo vedere a quali organi centrali del cervello essa corrisponda. Quest'ultima questione si può

Digitized by Google

considerare come subordinata alla prima, essendochè si è solo alloraquando ci sarà dato di poter metter allo scoperto o tutta od una parte della scissura di Rolando in modo facile e sicuro, che sorgerà nella mente dei pratici l'idea di voler provvedere a lesioni più profondamente situate. Però egli è d'uopo avvertire che anche indipendentemente dallo scopo terapeutico, è ancora importante il conoscere le parti sottostanti alla Scissura di Rolando ed alle due circonvoluzioni ascendenti, onde poter ben localizzare delle lesioni che non sono tanto rare ad osservarsi in tale parte degli emisferi.

(Continua).

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

I BAGNI DI LUCE

Rivista del Cav. Dott. **Giuseppe Franchi**

(Continuaz. alla pag. 63, n. 2)

Influenza della luce sugli animali. —«Riservandoci a parlar separatamente dell'azione della luce sull'occhio, notiamo ora che la radiazione solare esercita un'influenza notevole sullo sviluppo delle forme. Morren mette a confronto due vasi contenenti acqua pura; uno è illuminato e gl'infusorii vi si sviluppano; l'altro è allo scuro e la vita non si manifesta. In simili condizioni due altri vasi contenenti un infuso vegetale dànno infusorii animali pel vaso meglio illuminato, vegetali nel vaso privo di luce.

Digitized by Google

Infine, in una serie di vasi di meno in meno illuminati, si constata che gli animali di nuova formazione sono tanto più elevati nella scala zoologica quanto più forte è stato lo stimolo della luce.

Analogamente Milne-Edwars osservò che di due vasi, l'uno viluppato di carta nera, l'altro esposto alla radiazione solare e contenenti entrambi uova di rana, quello rimasto nelle tenebre conservò le uova intatte, nell'altro invece si svilupparono i girini. Da altre esperienze Milne-Edwars rilevò che l'oscurità impediva la metamorfosi progressiva di questi batraci, mentre la luce ne favorisce la trasformazione.

La persistenza delle forme fetali o l'impedita metamorfosi del girino in rana sarebbero dunque un effetto del mancante eccitamento luminoso.

A dir vero, i risultati delle sperienze posteriori di Higginbotton e Robert non confermano quelli di Edwars. Frattanto Accerbach dimostrava come la luce del giorno fosse uno stimolo energico per le contrazioni del protoplasma dell'uovo di rana.

Dall' insieme di queste esperienze circa l'azione della luce sullo sviluppo degli esseri organici siamo portati a ritenere che la radiazione solare favorisce la nutrizione, giacchè anche l' evoluzione dell' elemento anatomico, egualmente che la sua riproduzione, non ponno separarsi dalla nutrizione. « L' irritazione generativa ed evolutiva formano una stessa cosa coll'irritazione nutritiva, come la nutrizione può definirsi una generazione continuata » (Cl. Bernard).

Vennero poi opportune le ricerche di Moleschott, le quali dimostrarono che la rana emette più acido carbonico alla luce che alla oscurità e tanto maggior quantità d'acido carbonico per quanto la luce è intensa. Moleschott dimostrò pure che, sempre a circostanze pari, le rane, i

Digitized by Google

cui occhi non vennero distrutti, rigettano maggior quantità d'acido carbonico delle rane cieche, perocchè le impressioni esterne agendo sul circolo per l'intermezzo dell'encefalo, influiscono sulla nutrizione.

Scharling e Marchand analogamente avevano notato che la quantità di acido carbonico esalato dai polmoni è maggiore di giorno che di notte, nella proporzione di 1. 237 : 1.

L'influenza dello stimolo luminoso sull'esalazione cutanea dell'acido carbonico fu recentemente posta in sodo dai Dott. Fubini e Ronchi. Per tali ricerche questi Dottori introducevano la mano e l'avambraccio di un individuo in un apparecchio *ad hoc* di vetro, per quale poteva circolare aria atmosferica priva d'acido carbonico e dal quale esciva l'aria carica dei prodotti espirati dalla mano e dall'avambraccio in osservazione, e raccoglievasi CO^2 in apparecchi adatti.

L'individuo esaminato dai suddetti Dottori aveva 27 anni, pesava 50 chilogr., era alto m. 1,62, aveva la forza muscolare di 110 chilogr. La superficie della parte esaminata di quest'individuo (mano ed avambraccio) stava alla superficie di tutto il corpo come 1 : 16. I sullodati Dottori osservarono che la quantità d'acido carbonico emesso dalla mano ed avambraccio di quell'individuo nell'oscurità stà all'acido carbonico emesso durante lo eccitamento luminoso come 109 : 113 (*Morgagni*, dicembre 1876).

Ora, siccome la formazione dell'acido carbonico è collegata alla distruzione di prodotti d'assimilazione, così potevasi inferire che lo stimolo della luce influisse sul peso degli animali. Il sullodato Dott. Fubini, infatti, dietro numerose ricerche, trovò che le rane sane e quelle acciecate, private egualmente di cibo ed esposte alla luce, perdevano in peso le prime quasi il triplo delle seconde.

Digitized by Google

il rapporto essendo come 2.99 : 1 (*Ann. univers. di Med.*, febbraio 1876).

Dal complesso delle ricerche finor riferite circa l'influenza della luce sugli animali possiamo quindi concludere che la luce favorisce i due atti della nutrizione, la assimilazione e la deassimilazione.

È innegabile l'influenza della luce sul sistema nervoso, sul quale essa produce un'eccitazione passeggiera, anche prescindendo da' suoi effetti specifici sul nervo ottico. Deslandes (*Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, Paris, 1834) osservò come un cieco incapace di scernere tra la luce più viva e l'oscurità assoluta, non poteva tuttavia passare dall'una all'altra senza avvertire negli occhi un pizzicore molesto, con secrezione abbondante di lacrime.

Che la luce poi, agendo sugli occhi, influisca sui centri nervosi e conseguentemente sul resto dell'economia, lo dimostra la necessità in cui si trovano i medici di mantenere nella semi-oscurità gli ammalati di febbre acuta, d'irritazione encefalica, quelli che dietro gravi operazioni subìte si trovano in istato di eretismo nervoso, aumentato anche dall'insonnia, ecc.

Relativamente all'influenza della luce sul colorito cutaneo, Pouchet fece conoscere certe alterazioni che si manifestano nel colorito della pelle in seguito alla mancanza dell'organo della vista.

Fubini osservò sulle rane, che, in seguito al loro acciecamento, diminuivano talora d'intensità alcune chiazze nere cutanee di cui esso aveva prima rilevato il disegno: oppure sorgevano punteggiature nerognole ove prima non s'erano viste.

Il pigmento, condizione anatomica delle colorazioni cutanee, aumenta indubbiamente sotto l'azione della luce; e siccome è desso un preservativo contro il soverchio ardore dei raggi solari, così avviene che più ci esponiamo

Digitized by Google

a questi, la pelle, facendosi bruna, divien meno insofferente della luce. Horn concentrò con una lente i raggi del sole sovra il proprio braccio e su quello d'un negro: il primo n'ebbe la pelle scottata profondamente e sollevata l'epidermide, mentre il nero non sofferse incomodo alcuno. L'inglese Dott. Davy, nel luglio 1827, soggiornando a Corfù, tenne per un'ora esposto il proprio braccio alla luce d'un cocente meriggio, e vide formarsi alla superficie sferzata dal sole un eritema con dolore e sfaldarsi infine la cuticola, la quale sfaldatura seguitò più o meno per tre settimane, lasciando la cute in uno stato d'abbronzamento che non era del tutto scomparso in capo a diciasette mesi.

Il contatto della luce anima la pelle, ne sviluppa le reti capillari, la colora, l'espessisce, ne favorisce l'espirazione dell'acido carbonico, siccome vedemmo, e la traspirazione. Si esposero di notte ai raggi della luna, il cui calore non è apprezzabile dai sensi nè dal termometro, due vasi di eguale capacità e contenenti l'istessa quantità d'acqua, e l'uno di essi fu coperto da un parasole. Nello spazio di nove notti qnest'ultimo vaso aveva perduto 2 linee ed $\frac{1}{6}$ d'acqua meno dell'altro esposto all'azione diretta della luce. Questo fatto deporrebbe che la luce favorisce l'evaporazione anche indipendentemente dalla radiazione calorifica. E dietro Wollaston, il più bel chiaro di luna sarebbe 800,000 volte meno forte della luce solare.

Berthold vide la produzione dei peli essere più abbondante di giorno che di notte.

Lo sviluppo del pigmento cutaneo sarebbe dovuto alla radiazione luminosa indipendentemente dal calore dei raggi solari. Lo prova il vedere nelle regioni glaciali i Groenlandesi, gli Eschimali aventi pelle bruna, occhi

Digitized by Google

e capelli neri. Nelle contrade ch'essi abitano infatti il riverbero delle nevi aumenta il chiarore della giornata. Il sole sta sei mesi sopra il loro orizzonte (1), l'aurora ed il crepuscolo aggiungono tre altri mesi a questa giornata di mezzo anno; e negli ultimi tre mesi lo spendore delle stelle, le aurore boreali suppliscono in qualche modo la mancanza del sole. Nell'isola di Ceylan gli abitanti delle plaghe scoperte hanno tinta ramea, mentre i Bedas, che vivono nei boschi, s'avvicinano agli svedesi per la bianchezza della loro pelle.

Il calore produce l'iperemia cutanea ma non influirebbe, ripetiamo, sulla formazione del pigmento. I cuochi, i vetrai, gli artieri in genere, che si espongono a temperature elevate nelle officine, non sono più bruni delle femmine d'Oriente difese contro il sole dalla semi-oscurità degli Harem (M. Levy).

Del resto, in tutti i fenomeni prodotti dall'irradiazione solare, l'azione luminosa e calorifica si confondono di guisa, che, nel maggior numero dei casi, il fisiologo non può stabilire la parte rispettiva che hanno queste due influenze nella produzione di dati fenomeni. Il calore inerente ai raggi solari ha certo parte in alcuno di essi, eziandio negli effetti ch'essi producono sull'organo della visione, come risulta dalle ricerche di Delaroche e di Melloni. Il primo ha dimostrato che certi corpi permeabili alla luce possono lasciar passare calorico raggiante

(1) È difficile immaginare qual diffusione di luce riempia l'aria delle regioni artiche nei giorni senza nuvole. Un vero incendio avvolge la superficie delle bianche e fredde zaffere di ghiaccio, di cui vedete fumare in lontananza gli orli vaporosi, mentre, grazie alla rifrazione, gli alti *icebergs* (montagne di ghiaccio) paiono cambiar perpetuamente di forma. Quest'abbondanza di luce è talvolta così grande che a lungo andare bruccia letteralmente la pelle e finirebbe coll'acciecare chi trascurasse di ripararsene cogli occhiali (*Relazioue del viaggio fatto negli anni* 1872-74 *all'* 83° *di latitudine Nord, da* Payer *e* Weyprecht).

Digitized by Google

ed in tanta maggior quantità per quanto la sorgente del calore ha una temperatura elevata. Il secondo esperimentò a mezzo della pila termo-elettrica la permeabilità al calore di un gran numero di corpi, fra i quali quelli che la godono furono da lui detti *diatermani*. Questa proprietà spiega perchè la vista di un focolaio ardente stanca l'occhio più dell'azione luminosa, e perchè la luce della luna sembrane molle e dolce. La luna infatti non emette quasi calorico raggiante, mentre ne passa una quantità coi raggi solari traverso le membrane e gli umori translucidi dell'occhio.

(*Continua*).

NOTIZIE

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

COMITATO PROVINCIALE DI PISA — OTTAVO CONGRESSO

Ai Comitati dell'Associazione e a tutti i Sanitari d'Italia

Invito.

È di grande onore, e di somma compiacenza per il Comitato Medico Pisano rivolgere cordiale invito per l'ottavo Congresso della nostra Associazione ai singoli Comitati e a tutti i Cultori delle scienze mediche della Penisola.

Questa solenne riunione che verrà inaugurata il 22 del prossimo settembre nella nostra Città, in una con la seconda esposizione medica italiana secondo il voto unanime del Congresso di Torino del 1876, sarà resa anco più importante e numerosa dal quinto Congresso annuale della Associazione dei Medici condotti, i quali a Milano nell'anno decorso acclamarono Pisa a sede del loro futuro convegno.

Pochi sono al certo coloro che negano la utilità delle periodiche riunioni dei cultori delle scienze mediche. Le più civili nazioni, sul nostro esempio, ne hanno fatto splendide prove e gli uomini insigni che nel 1839 si raccolsero in questa illustre Città, a glorioso consesso per la prima volta, avrebbero continuato

Digitized by Google

nella nobile e feconda meta se la tristizia dei tempi non avesse troncato la loro più sublime aspirazione « il progresso della scienza ». Ma i nuovi destini d'Italia sospinsero i medici tutti nel Congresso costituente di Milano del 1862 a seguire l'esempio della antica Associazione medica degli Stati Sardi. Colà si gettarono le fondamenta della nostra Associazione che, organizzatasi solidamente a Napoli nel secondo Congresso del 1864, mostrossi in quello di Firenze del 1866 sì rigogliosa e feconda da togliere ogni importanza ai dubbiosi, ogni valore agli oppositori. A Venezia poi nel 1868 provò vieppiù che solo nei Congressi si possono proficuamente discutere gli ardui temi che l'autorità individuale potrebbe difficilmente risolvere.

Nel memorando Consesso di Roma del 1871 rinasceva a nuova più rigogliosa vita, e riconfermava a Bologna nel 1874 la propria importanza scientifica e pratica. Per la prima volta poi a Torino nel 1876 in uno col quarto Congresso dei medici condotti teneva con migliori auspicii il suo settimo Congresso biennale. Fu ivi iniziata la feconda riforma delle speciali sezioni che nel prossimo Congresso, meglio ordinate, daranno maggiore lustro alla nostra Associazione.

Allorquando la benemerita Commissione del primo Congresso del 1839 ebbe scelta Pisa, ne diede ragione dicendo: « perchè « questa Città che fiorisce nel centro della Penisola in ogni ma« niera di studii, è pure assai vasta ed opportuna ad albergare « molti forestieri di ogni grado, è ancora tranquilla, ricca di « musei; ed a perenne scambievole onore della religione della « filosofia e delle belli arti mostra altera la torre da cui sì bene « esplorava le meraviglie del cielo il maggiore dei filosofi della « natura ». Nel ricordare queste parole siamo certi che la patria di Galileo darà opera efficace acciò il fausto avvenimento abbia splendida e duratura testimonianza nella gloriosa storia della medicina italiana.

Pisa, 30 giugno 1878.

PER IL COMITATO
Il Consiglio direttivo

Prof. Cav. C. Minati, *Presidente* — Dott. Cav. C. Cuturi, *Vice-Presidente* — Dottor D. Barduzzi, *Segretario* — Dott. F. Lampredi, *Vice-Segretario* — Dott. A. Ballori, *Provveditore* — L. Berretti, *Tesoriere* — Dott. L. Galligo, Prof. A. Barbaglia, Dott. A. Garzella, Dott. Cav. C. Parrini, Dott. Cav. A. Feroci, Prof. Cav. S. Rivolta, Dott. Comm. P. Chiari, *Consiglieri*.

Digitized by Google

REGOLAMENTO GENERALE

PER L'OTTAVO CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA,

da tenersi in Pisa dal 22 al 28 settembre 1878

§ I. — *Disposizioni generali.*

ART. 1. Il Congresso biennale della Associazione medica italiana (8ª sessione) s'inaugurerà a Pisa la domenica 22 settembre alle ore 11 antim., sotto gli auspici del Governo e delle Autorità politiche ed amministrative della città.

ART. 2. Il Congresso durerà una settimana, cioè dal 21 al 28 settembre inclusivo, e sarà precipuamente scientifico.

ART. 3. Il Congresso si compone dei delegati e dei membri dei Comitati della Associazione, e dei sanitari tutti che vorranno inscriversi come Soci congressisti.

ART. 4. Ai delegati ed ai membri dei Comitati della Associazione sarà rilasciata la carta di ammissione al Congresso, previa presentazione della lettera ufficiale di ciascun Comitato. Agli altri sanitari poi verrà rilasciata mediante tassa di L. 10.

ART. 5. La iscrizione e la distribuzione delle carte d'ammissione si farà i giorni 19, 20, 21 settembre dalle 9 antim. alle ore 2, ed il giorno 22 dalle ore 8 alle 11 antim., ed i giorni successivi dalle ore 8 alle 9 antim. nei locali del Congresso. Tutti quelli però che ne faranno domanda per lettera al segretario del Comitato di Pisa la potranno ricevere dal 1° al 20 settembre.

ART. 6. I lavori del Congresso saranno divisi in 9 sezioni secondo la circolare della Commissione esecutiva (9 gennaio 1878).

ART. 7. Il Congresso terrà le sedute generali, e di sezione secondo le disposizioni del Regolamento interno.

ART. 8. La seduta solenne di inaugurazione sarà fatta collettivamente a quella del Congresso dei medici condotti. Dopo la seduta inaugurale si procederà alla nomina del seggio presidenziale definitivo che sarà composto: di un presidente, di tre vice-presidenti, di cinque presidenti onorarii, di un segretario generale, e di due segretari delle sedute.

Digitized by Google

Art. 9. Tutti i lavori letti al Congresso, sia alle sedute generali che nelle sezioni, dovranno essere consegnati al segretario generale. Il Comitato preparatore, che riprenderà dopo la sessione le proprie funzioni, ne curerà la pubblicazione insieme a tutti gli atti del Congresso.

Art. 10. Quelli che vorranno fare comunicazioni, conferenze o letture, od esperimenti durante il Congresso potranno darne avviso fino al 15 settembre al segretario del Comitato di Pisa. Il Comitato stesso stabilirà la sede, il giorno e l'orario per ciascuna conferenza.

Art. 11. Gli studenti di medicina sono ammessi al Congresso, senza diritto a prendere la parola, mediante la presentazione della tessera di immatricolazione.

§ II. — *Sedute generali.*

Art. 12. Le sedute generali saranno consacrate:

a) alla discussione dei temi esposti nell' unito programma (Vedi pag. 5);

b) alla comunicazione delle conclusioni dei lavori di ciascuna sezione;

c) alle relazioni sull'andamento morale ed economico della Associazione.

d) alla nomina delle speciali commissioni che dovranno visitare gli stabilimenti sanitarii, scuole e musei, e quindi alla lettura di queste relazioni, e alla nomina della Commissione per le proposte *extra ordinem;*

e) alla nomina della Commissione esecutiva.

§ III. — *Sedute delle sezioni.*

Art. 13. Le iscrizioni in una o più sezioni si sicevono dal segretario del Comitato di Pisa fino al 23 settembre.

Art. 14. Gli iscritti nelle singole sezioni saranno chiamati per appello nominale nella prima seduta della rispettiva sezione per la costituzione dei seggi definitivi.

Art. 15. I seggi provvisorii nelle prime sedute saranno tenuti dalle singole presidenze delle sezioni del Congresso di Torino per

Digitized by Google

quelle che conferirono tale mandato, oppure secondo le norme del regolamento interno.

Art. 16. In ciascuna sezione saranno discussi due o più temi, della trattazione dei quali sono incaricati speciali relatori, che dovranno inviare le loro conclusioni provvisorie, per essere pubblicate 40 giorni prima dell'apertura del Congresso insieme al regolamento interno stesso.

Art. 16. In ciascuna sezione, oltre i temi stabiliti dal Comitato preparatore (vedi programma), potranno farsi comunicazioni sopra argomenti risguardanti la sezione stessa da tutti quelli che ne avranno dato avviso al segretario del Comitato di Pisa 7 giorni avanti l'apertura del Congresso, cioè fino al 15 settembre.

§ IV. — *Esposizione medica.*

Art. 17. Durante il Congresso sarà fatta una esposizione medica repartita nelle seguenti sezioni:

1ª Strumenti ed apparecchi chirurgici, medici, ortopedici, ecc.

2ª Disegni, fotografie, modelli in gesso, cartone, cera, rappresentanti preparati di anatomia normale e patologica.

3ª Disegni e piani di ospedali, manicomi, asili, secondo i recenti sistemi.

4ª Preparazioni anatomiche ed istologiche normali e patologiche.

5ª Preparati farmaceutici di attuale importanza, nuovi medicamenti, ed acque minerali d'Italia.

6ª Libri, opuscoli, e periodici pubblicati nell'ultimo biennio.

Art. 18. Una Commissione ordinatrice mista, composta cioè, di membri scelti nel seno del nostro Comitato e di membri della Camera di Commercio ed Arti di questa città dirigerà la esposizione pubblicandone anche un succinto elenco illustrato.

Art. 19. Per le sezioni sarà scelto dal Congresso un giurì il quale dovrà fare speciali rapporti e proporre diplomi per i migliori oggetti esposti (strumenti, apparecchi, disegni, preparazioni, nuovi medicamenti, ecc.).

Art. 20. Il tempo utile per inviare gli oggetti da esporsi, è stabilito dal 1° al 15 settembre. Trascorsa tal' epoca non saranno più ricevuti senza speciale autorizzazione.

Digitized by Google

Art. 21. Ogni espositore dovrà rivolgersi alla rispettiva Camera di Commercio, od al segretario del Comitato di Pisa per le opportune informazioni.

Art. 22. I nomi dei premiati saranno solennemente proclamati nell'ultima seduta generale del Congresso.

Art. 23. I libri e gli opuscoli devono essere inviati in doppio esemplare. I giornali in una sola copia.

§ V. — *Programma dei temi delle adunanze generali e delle sezioni.*

ADUNANZE GENERALI.

Tema I. Della dignità del medico nelle questioni di giustizia, e delle relative riforme all'attuale legislazione (Prof. Raffaele) [Relazione della Commissione nominata al Congresso di Torino].

Tema II. Proposta di stabilire una Società Medica Tipografica mediante azioni, collo scopo di pubblicare le opere mediche più importanti (Prof. Sangalli).

Tema III. Quali sono le influenze del metodo tanto esteso nell'Agricoltura di servirsi delle materie escrementizie umane, e quali i rimedi contro le nuove conseguenze che ne possono derivare (Dott. Agostini).

Tema IV. Sulla uniforme organizzazione della statistica medica comunale, e sopratutto del bollettino settimanale delle cause di morte (Dott. Borgiotti).

SEZIONE I. — *Medicina.*

Tema I. Dell'idropericardio e di un nuovo metodo di puntura (Professor Baccelli, di Roma).

Tema II. Del valore di alcune nuove entità morbose [Malattia del Krisaber, ecc.] (Prof. Berti, di Venezia).

SEZIONE II. — *Chirurgia.*

Tema I. Patogenesi e cura della febbre uretrale (Professor Mazzoni, di Roma).

Digitized by Google

Tema II. Del valore di alcune operazioni chirurgiche nella cura delle occlusioni intestinali interne (Dott. Parrini, di Pisa).

SEZIONE III. — *Ostetricia, ginecologia e pediatria.*

Tema I. Sul valore della cefalotripsia interna e della craniocleastica (Professor Tibone, di Torino).

Tema II. Sulla cura della sterilità (Prof. Minati, di Pisa).

Tema III. Delle varie forme delle febbri tifiche nei bambini (Dott. Buonamici, di Livorno).

SEZIONE IV. — *Oftalmojatria. otoiatria, laringoscopia.*

Tema I. Dell'uso del Calabar e specialmente del solfato neutro di eserina nella terapia oculare (Dott. Lampredi, di Pisa).

Tema II. Dello scorticamento delle corde vocali (Dott. Labus, di Milano).

Tema III. Indicazioni e metodi di trapanazione della membrana del timpano (Dott. Giampietro, di Napoli).

SEZIONE V. — *Dermatologia e sifilografia.*

Tema I. Il sistema nervoso nella patogenesi di alcune dermatosi (Dottor G. Marcacci, di Firenze).

Tema II. La sifilide cerebrale (Dottor Barduzzi, di Pisa).

SEZIONE VI. — *Medicina pubblica e statistica.*

Tema I. Il metodo statistico nell'idrologia medica (Dott. Chiminelli, di Recoaro).

Tema II. Del valore dell'isolamento nelle malattie contagiose, e degli altri mezzi di prevenirne la diffusione (Dottor Cuturi, di Pisa).

SEZIONE VII. — *Farmacologia, e metodi terapeutici speciali.*

Tema I. Il metodo naturale in terapeutica (Prof. Chirone, di Napoli).

Tema II. Del valore della pneumo-terapia nelle malattie dell'apparecchio respiratorio e circolatorio (Prof. Castiglioni, di Roma).

Digitized by Google

Tema III. Del valore comparativo della corrente indotta con quella galvanica nella cura delle malattie del sistema nervoso (Dottor N. D'Ancona, di Padova).

SEZIONE VIII. — *Anatomia ed istologia patologiche, e patologia sperimentale.*

Tema I. Delle relazioni dell'epitelioma col carcinoma (Professore Sangalli, di Pavia).

Tema II. Delle lesioni organiche nella infezione palustre (Dottor Marchiafava, di Roma).

SEZIONE IX. — *Anatomia, istologia, e fisiologia.*

Tema I. Il sistema linfatico degli organi chilopoietici (Professore Romiti, di Siena).

Tema II. Le localizzazioni cerebrali (N.).

Avvertenze.

Simultaneamente alle conclusioni provvisorie dei relatori sarà pubblicato il Regolamento interno dei due Congressi nella seconda quindicina di agosto.

Il programma del quinto Congresso dell'Associazione nazionale dei medici condotti verrà fra breve pubblicato dalla Commissione Provinciale Pisana della Associazione stessa.

In tale Congresso oltre a questioni importantissime di pratica utilità verranno fatte esatte relazioni sull'andamento della cassa pensioni fra i sanitari d'Italia, e sulla istituzione di un collegio convitto per i figli orfani dei medici.

Durante i Congressi saranno tenute le sedute generali per la definitiva costituzione della Società italiana d'Igiene.

Alle vicine Terme di S. Giuliano saranno pure tenute alcune generali adunanze della Società italiana d'idrologia e climatologia medica.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 28ª settimana

dal 7 al 13 luglio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	8	4	12	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	3	3	6	» tubercolose, scrofolose	4	5	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	2	3	5	» nervose	2	1	3
Difterite e croup	2	»	2	» ematiche	1	»	1
Coclussie	1	1	2	» calcolose	2	»	2
Vaiuolo	3	1	4	» scirrose, cancerose	»	1	1
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	1	1	2
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	1	1	2				
» tifoidea e tifo	3	3	6	TOTALE	68	51	119
» migliare	1	»	1				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	3	3	Non appartenenti alla popolazione di Torino	13	5	18
Malattie chirurgiche e traumatiche	6	1	7				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 28ª settim.ª	81	56	137
Malattie dell'appar.ª respiratorio	7	2	9	» nelle settim.ª precedenti	2093	2099	4192
» dell'apparato dell'alimentazione	13	17	30				
» dell'app.ᶜ cardio-vasale	4	1	5	TOTALE complessivo	2174	2155	4329
» del sistema nervoso	4	3	7				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	1900	1916	3816
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 28ª settimana	97	50	147	6	3	9
Nelle precedenti	1834	1685	3519	153	108	261
TOTALE COMPLESSIVO	1931	1735	3666	159	111	270

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 19 luglio 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Soci: Gamba, Demarchi, Olivetti, Berruti, Laura G. B., Giacomini, Porporati, Mosso, Novaro.

Si dà lettura dell'elenco delle presentazioni seguenti:

Atti dell' Accademia Gioenia di Scienze Naturali in Catania. Serie 3ª, tomo XI-XII. Catania 1877-78.

Consiglio Comunale di Torino, N° 10-11. Torino, 1878.

Denza Prof. Francesco — *Bullettino Meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri.* V. XII, N. 10. Torino 1878.

Laura Dott. Gio. Batt. — *Sull'origine reale dei nervi spinali.* Torino 1878 (Estratto dalle *Memorie della Reale Accademia delle Scienze di Torino*).

Luciani e Tamburini Professori. — *Sulle funzioni del cervello.* Reggio-Emilia 1878 (Estratto dalla *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*).

Souligoux Dott. Léonce — *Étude sur les alcalins.* Paris 1878 (Al Socio Mosso per rapporto).

Versari Prof. Camillo — *Obbiezioni all'ultima teoria sulla causa del sonno.* Bologna 1878 (Dal *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*).

Digitized by Google

Il **Presidente** dà la parola al Socio L. Berruti per leggere la relazione intorno al secondo libro del Codice penale che viene approvata a pieni voti.

Il Prof. **Giacomini** continua quindi la lettura della sua comunicazione intorno alla *topografia della Scissura di Rolando.*

Il **Presidente** ringrazia vivamente il Socio Giacomini della interessante presentazione da lui fatta all'Accademia.

Il Presidente **Gamba.**
Il Segretario part. **A. Mosso.**

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

TOPOGRAFIA DELLA SCISSURA DI ROLANDO

per C. Giacomini

(Continuazione alla pag. 82, N° 3)

Topografia della scissura di Rolando rispetto alla cavità craniana. — Siccome ho indicato più avanti, la maggior parte degli studii che furono diretti a stabilire un rapporto tra la superficie cerebrale e la cavità craniana han preso come punto di partenza le suture delle diverse ossa del cranio, ad esse riferendo le principali particolarità che si riscontrano alla superficie degli emisferi cerebrali. E sotto questo aspetto tutti gli autori, con poche varietà, si accordano nell'indicare i due punti estremi della Scissura di Rolando, e quindi ne resta ben disegnato il suo decorso. Convengono infatti nel prendere la sutura fronto-parietale come guida nel rintracciare la posizione di detta scissura, e si riscontrò come l'estremità superiore di essa disti dal Bregma almeno 40 mm., potendo raggiungere il *ma-*

Digitized by Google

ximum di 54 mm. con una media di 47 mm., questa sarebbe la distanza Rolando-Bregmatica di Broca. L'estremità inferiore disterebbe invece di solo 28 mm. dalla parte più inferiore della sutura frontale-parietale, e tale estremità inferiore sarebbe situata da 2 a 5 mm. al disopra della sutura temporo-parietale.

Ma se in alcuni soggetti si può riescire a trovare il Bregma alloraquando il cranio è coperto dalle parti molli, in ogni circostanza sarà impossibile il rinvenire la parte inferiore della sutura fronto-parietale e la parieto-temporale essendo che oltre alle parti molli che sono comuni alle altre regioni del cranio quivi troviamo ancora le fibre carnee del temporale con la sua robusta aponeurosi, le quali rendono assolutamente inaccessibili le parti sottostanti. Quindi i dati più sopra riferiti non possono servire al pratico che si proponga di mettere allo scoperto sul vivente un tratto della Scissura di Rolando o delle sue due circonvoluzioni limitrofe. Di necessità adunque egli è d'uopo ricorrere ad altri punti di repere più evidenti se si vuol riescire nell'intento.

Dagli studii che io ho fatto sul rapporto della cavità craniana colla superficie cerebrale, mi venne dato di trovare un procedimento che può utilmente servire per indicare la posizione ed il decorso della Scissura di Rolando: ed è appunto questo procedimento che desidero comunicare all'Accademia. Gli unici istrumenti necessari sono un compasso di spessore, un nastro graduato in centimetri di filo o meglio di metallo flessibile, ed un piccolo apparecchio di cartone che può essere costrutto estemporaneamente al momento del bisogno con un cerchio graduato.

Digitized by Google

Il primo tempo dell'operazione sta nel determinare il diametro trasverso massimo del cranio. A tale scopo la testa deve essere nella posizione orizzontale sulla colonna vertebrale, ed accessibile in tutti i suoi punti.

Si comincia a segnare sul cranio la linea sagittale, indi col compasso di spessore si cercano i punti ove vengono a cadere i due estremi del diametro trasverso massimo. Questo è il momento più difficile e più delicato dell'operazione, essendo che un minimo errore che avvenga in quest'atto, può produrne dei maggiori in seguito. Ognun sa che la determinazione del diametro trasverso massimo presenta già delle difficoltà serie allora quando si deve fare sul cranio a nudo, onde cercare l'indice cefalico, queste difficoltà si fanno maggiori nel cranio coperto dalle parti molli, essendo che la cute che gode di abbastanza mobilità, può formare delle pieghe in seguito alle manualità che si praticano colle due branche del compasso di spessore, onde trovare il punto più conveniente, e possono perciò disturbare il buon andamento dell'operazione.

Convien badare sopratutto di mantenere bene la orizzontalità delle due branche, e la loro perpendicolarità sulla superficie laterale del cranio, in modo diverso i due punti oltre al non corrispondersi, non ci esprimerebbero gli estremi del diametro trasverso massimo. Debbiamo per altro ritenere che generalmente in una normale conformazione questo diametro corrisponde ad una linea che venga innalzata dalla parte più anteriore del padiglione dell'orecchio, ed a poca distanza dalla sommità del medesimo. Alcune volte succede che il diametro trasverso massimo si discosti grandemente dallo spazio

Digitized by Google

sopra indicato, e ciò si osserva allora quando si trovano molto sviluppate le bosse parietali, nei quali punti troviamo corrispondere la massima larghezza del cranio. Ma in queste circostanze come pure in quelle altre in cui il cranio si trova deformato e fortemente asimmetrico, è facile riconoscere il vizio di conformazione, e ad esse non può applicarsi il metodo da me studiato, il quale riguarda solo cranii ben conformati.

Riscontrati così i punti a cui corrisponde il diametro trasverso massimo, si segnano con una sostanza colorante qualunque; indi col nastro graduato si uniscono questi punti passando per il vertice, per modo da cadere perpendicolarmente sulla linea sagittale e con la stessa sostanza colorante si indica il decorso del nastro. Si ha così tracciata la curva verticale e trasversale corrispondente al nostro diametro. Ora se si suppone che per questa curva passi un piano verticale, questo piano interesserà le due scissure di Rolando presso a poco nella parte mediana del loro decorso ed il punto in cui la curva decussa la Scissura di Rolando corrisponderebbe alla metà dello spazio che intercede fra la linea sagittale ed il diametro trasverso massimo. Ora per conoscere la direzione della Scissura di Rolando, basta conoscere approssimativamente l'angolo che questa forma con detta curva che congiunge gli estremi del diametro trasverso.

Da studii che ho potuto fare mi risulta che tale angolo oscilla fra i 30 ed i 35 gradi. In tal modo noi abbiamo tutti gli elementi per tracciar sul capo il decorso della nostra scissura. Col nastro graduato infatti si cerca la metà della distanza che corre tra le due estremità del diametro trasverso massimo e

Digitized by Google

la sutura o la linea sagittale, e sopra questo punto. fig. 3 *O*, si colloca il centro di un cerchio graduato flessibile per modo che lo zero corrisponda alla linea curva e si traccia quindi una linea la quale faccia un angolo da 30 a 35 gradi circa, incontrando la linea curva nel centro d'applicazione, ed essendo diretta dall'alto in basso e dall'interno all'esterno; questa linea segna il tragitto della Scissura di Rolando, e merita perciò il nome di Linea Rolandica (vedi fig. 3ª *CF*).

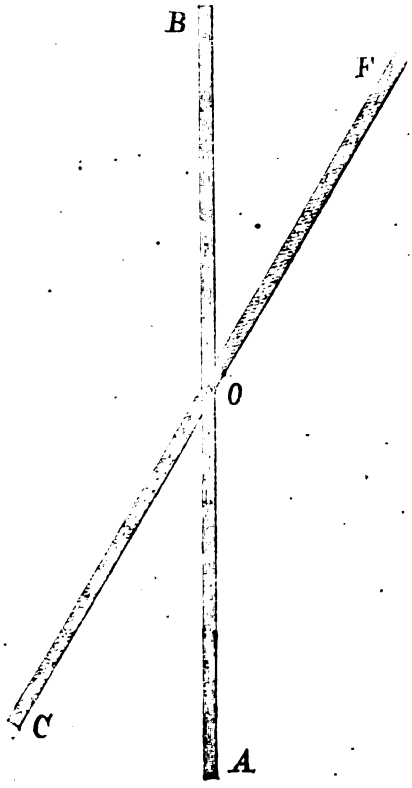


FIG. II.

Questa figura rappresenta il piccolo apparecchio in cartone che mi servì per tracciare la linea rolandica, alloraquando è già segnata sul cuoio capelluto la linea curva che unisce i due estremi del diametro trasverso massimo. Il tratto *AB* deve essere applicato sulla linea curva per modo che il punto *O* corrisponda alla metà della distanza che intercede fra il punto in cui cade il diametro trasverso massimo e la linea sagittale. Così applicato l'apparecchio, il tratto *CF* segna la linea rolandica, come si scorge nella fig. 3.

Digitized by Google

Ora siccome non riesce sempre facile sopra una superficie irregolarmente convessa, quale si è quella del cranio, il ben applicare il cerchio graduato flessibile e tracciare in modo esatto la linea, scopo ultimo delle nostre ricerche, così tutta questa ultima parte dell' operazione può essere grandemente semplificata costruendo un piccolo apparecchio con cartone non troppo robusto, il quale ci rappresenti l'angolo che forma la Scissura di Rolando con la curva del diametro trasverso massimo; ed in allora una volta tracciata la curva sopradetta non si ha che ad applicare sopra la medesima la branca del cartone che la rappresenta, col centro nel punto già indicato, perchè l'altra branca ci indichi la posizione della Scissura di Rolando, la quale deve pure essere segnata con sostanza colorante.

In tal modo la parte essenziale dell' operazione è compiuta, e non resta più che l'atto materiale di mettere allo scoperto una parte o la totalità della Scissura di Rolando. La figura 3ª ci dà un'idea esatta della posizione della Linea Rolandica.

Digitized by Google

Fig. III.

In questa figura la linea *AB* segna la curva che congiunge i due estremi del diametro trasverso massimo ; *O* è il punto di mezzo tra la linea sagittale e l'estremità del diametro trasverso massimo *A* ; *CF* è la linea rolandica la quale decussa la prima nel punto *O*. L'angolo formato da detta linea è di 30 gradi. Nella figura sono schematicamente indicate le scissure che dividono i lobi e le circonvoluzioni della superficie esterna degli emisferi, si vede che la linea rolandica *CF* segue il decorso della sottostante scissura di Rolando.

Digitized by Google

Dopo le molte dissezioni le quali mi hanno condotto a questo risultato, io soleva di poi assicurarmi dello esatto rapporto della linea tracciata sul cranio con il decorso della Scissura di Rolando, esportando un piccolo lembo di sostanza ossea il quale fosse abbastanza esteso, (da 1 cent. e mezzo a 2 cent., di larghezza corrispondente perciò al diametro di una corona di trapano), da comprendere una gran parte delle circonvoluzioni limitrofe; per cui veniva meno allo scoperto non solo il decorso della Scissura di Rolando, ma grande parte della circonvoluzione frontale e parietale ascendente, vale a dire che avevamo sotto occhio la parte centrale di questo tratto della corteccia cerebrale, che siccome abbiamo veduto è dotato di speciali proprietà fisiologiche (vedi fig. 4ª).

Tutte le teste che servivano a questi studii erano preventivamente iniettate per la carotide interna di una soluzione satura di cloruro di zinco. Operando in tal modo il cervello acquistava una maggiore consistenza, poteva venir spogliato con molta facilità delle sue membrane in quel piccolo tratto che era meno allo scoperto, e quindi riesciva facile di riconoscere le parti; di più noi potevamo prolungare la nostra operazione per alcuni giorni senza che il cervello per nulla si alterasse (1).

(1) Vedi la mia memoria *Nuovo processo per la conservazione del cervello.*

Digitized by Google

Ho studiato in tal modo 35 individui, 11 donne ed il resto uomini, e nella grande maggioranza di essi ho trovato come la Scissura di Rolando corrispondesse precisamente verso il mezzo della incisione praticata, appunto come si scorge nella fig. 4ª; e quando la scissura si trovava spostata, ciò avveniva presso a poco con egual frequenza tanto in avanti che all'indietro.

In ogni caso però le oscillazioni non erano tali da oltrepassare i margini della sezione. Per cui tenuto conto del diametro della corona di trapano che ordinariamente si applica al cranio, le variazioni di posizione della Scissura di Rolando non si estendevano mai oltre della metà di detto diametro; e quindi facendo cadere il centro della corona sopra la linea da me indicata si era certi che l'apertura fatta corrisponderebbe alla scissura in questione, anche quando essa presentasse qualche varietà nel suo decorso. Di più è d'uopo avvertire che la Scissura di Rolando non tiene sempre un decorso rettilineo, ma generalmente alla parte superiore piega un po' in avanti, come pure non è raro di osservare nella sua metà interna delle vere angolosità più o meno spiccate.

Debbo qui ora far menzione delle parti che noi abbiamo incontrato nelle nostre sezioni prima di giungere alla superficie cerebrale e che meritano qualche riguardo. Delle parti molli noi interessiamo la parte più superiore del muscolo temporale, e qui troviamo più superficialmente dei rami della arteria temporale superficiale, e profondamente altri più esili delle temporali medie e profonde, i quali per altro non recherebbero grande disturbo qualora fossero incisi, essendo che riesce facile il provvedere all'emorragia.

Digitized by Google

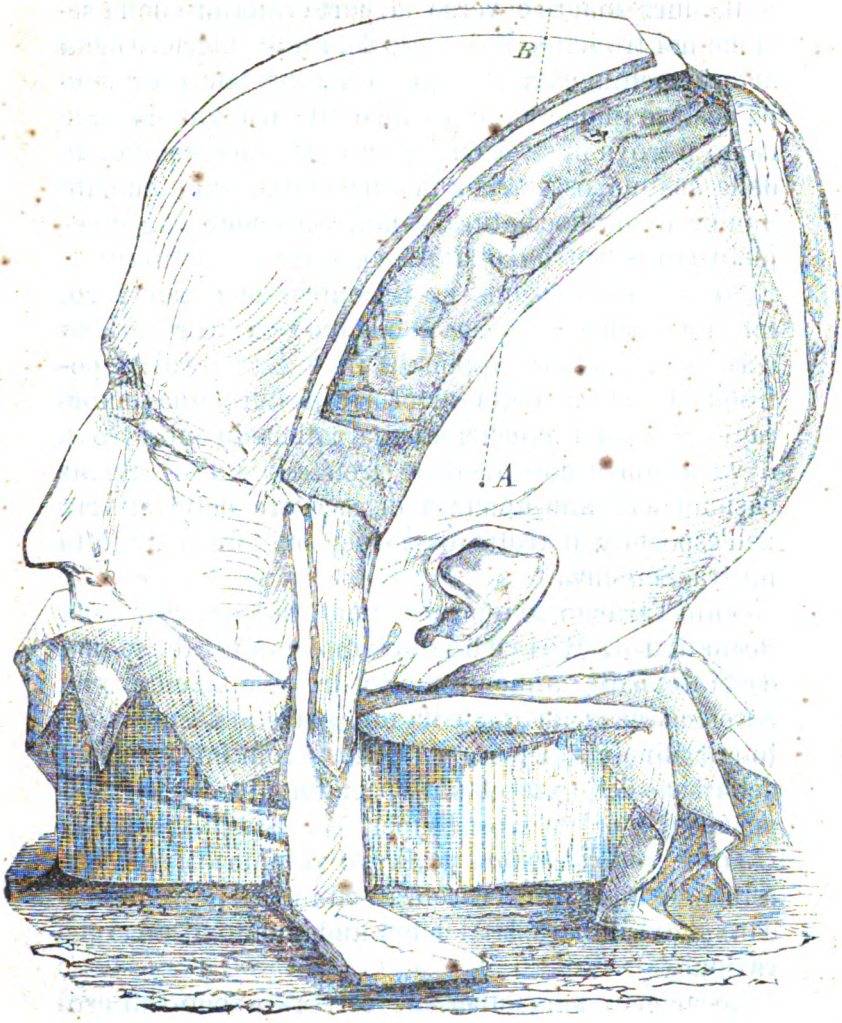


FIG. IV.

Nella testa rappresentata da questa figura, sulla guida della linea rolandica si esportò un tratto quadrilatero della superficie craniana e si mise allo scoperto la Scissura di Rolando, e una gran parte delle Circonvoluzioni limitrofe. Si scorge come la linea *AB* che è la curva che congiunge il diametro trasverso massimo, tagli la Scissura di Rolando presso a poco verso la metà del suo decorso.

La preparazione della quale fu ritratta questa figura, fu presentata all'Accademia e si conserva nel nostro Museo.

Digitized by Google

Sulla dura madre e verso la parte inferiore della sezione noi troviamo il decorso del ramo anteriore della arteria meningea media; questo è abbastanza cospicuo da destare inquietudini. Di più convien notare che tale ramo si trova in stretto rapporto colla faccia profonda della scatola ossea, la quale presenta costantemente una profonda docciatura e non raramente un completo canale entro il quale decorre il sopradetto ramo. E questa disposizione si riscontrerebbe alla parte inferiore della Linea Rolandica; per cui una corona di trapano applicata in questa località potrebbe ledere la detta arteria e destare una emorragia, che per le condizioni anatomiche in cui si trova il vaso non è così facile a frenarsi. Ed in alcuni casi mi avvenne appunto di lacerare detta arteria nell'esportare il tratto osseo per mettere a nudo la nostra Scissura.

Sotto l'aracnoide e propriamente sul decorso della Scissura di Rolando abbiamo riscontrato se non costantemente, almeno molto frequentemente una cospicua vena, la quale da una parte mette nel seno longitudinale superiore e dall'altra comunica coi seni della base del cranio e più specialmente col seno cavernoso o col petroso superiore. Essa sarebbe la *Grande vena anatomica*. Il suo volume è superiore a tutte le altre vene cerebrali ed incisa potrebbe recare gravi imbarazzi al buon andamento di una operazione.

Le arterie della superficie cerebrale sono più profondamente situate, nascoste al fondo delle scissure, e costantemente nella profondità della scissura di Rolando si trova un ramo arterioso non indifferente che è una biformazione dell'arteria cerebrale media o arteria Silviana.

Digitized by Google

Il numero delle osservazioni da me fatte non è certamente tale da autorizzare deduzioni troppo assolute; tuttavia, vista la concordanza dei risultati, esso è sufficiente perchè venga preso in considerazione un metodo semplice nel concetto e facile nell'applicazione, ed oso sperare che esso riceverà la sanzione da chi l'avrà ad esperimentare.

Volendo avere altre prove sulla bontà del metodo ora indicato, in questi ultimi tempi ho adottato nel verificare la posizione della Scissura di Rolando, rispetto alla Linea Rolandica non più la sezione di un tratto della volta craniana, ma il processo proposto da Broca e così utilmente applicato da Bichoff, da Ferè, da Foulhouze ed altri nello studio della topografia cerebro-craniale, il quale consiste nel praticare su dati punti della superficie del cranio dei fori con un piccolo trapano e quindi introdurre per questi fori delle freccie di legno spingendole dolcemente nell' interno del cranio per modo che vadano ad impiantarsi nel cervello. Togliendo quindi una parte o la intiera scatola ossea, si verifica sulla superficie cerebrale il punto sul quale esse si sono infisse e quindi si viene a stabilire il rapporto con la parete ossea.

Evidentemente per lo scopo nostro i punti che avevamo maggiore interesse a constatare si erano quelli che si trovavano situati sulla Linea Rolandica. Ed il più importante si era il punto di intersecazione di detta linea con la curva che univa gli estremi del diametro trasverso massimo o punto medio della Linea Rolandica, fig. 3ª *O*, e su di esso abbiamo impiantato la prima freccia. Una seconda venne introdotta all'estremità superiore della linea rolandica ad un centimetro e mezzo di distanza dalla linea

Digitized by Google

sagittale onde evitare di cadere nel seno longitudinale superiore o nella scissura interemisferica; una terza all'estremo inferiore della linea rolandica, una quarta nei due punti a cui corrispondeva il diametro trasverso massimo, ed una quinta di pochissimo valore sulla linea curva del diametro trasverso massimo ad un centimetro e mezzo di distanza dalla linea sagittale.

Ho esaminato in tal modo 14 teste, 5 di donne e 9 di uomini, l'indice cefalico delle medesime oscillava fra 77,4 e 94,3.

Questo esame mi confermò quanto aveva già avuto occasione di osservare col processo da me prima adottato, vale a dire che riscontrai raramente una perfetta corrispondenza dei punti in cui caddero le freccie a destra ed a sinistra dello stesso cervello, e questo fatto si spiega dall'asimmetria che si riscontra frequentemente nel cranio, e in principal modo in quella della superficie dei due emisferi cerebrali.

La freccia corrispondente agli estremi del diametro trasverso massimo, fig. 3ª A, su 28 emisferi, cadde 12 volte nella Scissura temporale superiore o scissura paralella, — 9 volte si impiantò nella Circonv. temporale inferiore e — 7 volte nella C. temporale media in molta vicinanza di detta scissura. Di qui ne viene che il ramo posteriore della Scissura di Silvio rispetto all'estremità del diametro trasverso massimo si troverebbe da 1 cent. ad 1 $^1/_2$ più superiormente e corrisponderebbe al punto in cui detta scissura piega bruscamente in alto. La freccia impiantata sul punto medio della linea rolandica *(O)* cadde 14 volte proprio nella Scissura di Rolando, non però contemporaneamente a

Digitized by Google

destra ed a sinistra sullo stesso cervello; negli altri casi si impiantò nelle due circonvoluzioni limitrofe in molta vicinanza di detta scissura, 6 all'indietro e 8 in avanti.

Il punto superiore della linea rolandica *(F)* fu il più costante, esso cadde 15 volte nella Scissura di Rolando, 8 nella Circonvoluzione parietale ascendente e 5 nella frontale ascendente.

Finalmente il punto inferiore *(C)* fu il più incostante, e si comprende facilmente essendo che esso non solo doveva cadere sulla linea rolandica, ma doveva pur anche segnare l'estremità inferiore della Scissura di Rolando, si è quest'ultima circostanza che ha reso piu variabile la sua posizione.

Però col metodo del Broca ho potuto stabilire con approssimazione il punto in cui giunge l'estremità inferiore della Scissura di Rolando. Esso sarebbe da 2 $^1/_2$ a 3 centimetri più in alto della linea che congiunge l'apofisi orbitaria esterna con gli estremi del diametro trasverso massimo.

Credo importante di qui notare che una volta mi avvenne di trovare tutte le freccie della Linea Rolandica tanto a destra che a sinistra impiantate tutte all'indietro della Scissura di Rolando, ma in questo caso si trattava di un Brachicefalo molto spinto, il cui indice cefalico segnava 94,3. Evidentemente tale conformazione cranica deve essere stata la causa precipua dello spostamento delle freccie, sia variando la posizione del diametro trasverso massimo, come pure influendo sulla direzione della Scissura di Rolando. Questo fatto ci porta a dire che ammesso pure come vero il metodo da me proposto per riscontrare la Scissura di Rolando nella

Digitized by Google

maggioranza dei casi, resterebbero però sempre a determinare tutte le variazioni che possono avvenire dipendenti in principal modo da una diversa conformazione della scatola ossea. E per ciò fare egli è d'uopo che le osservazioni siano ripetute non solo, ma fatte sui diversi tipi di cranii.

Due ostacoli io incontrava nel moltiplicare le mie osservazioni sul cadavere. Il 1° ostacolo era nel tempo. Per esaminare attentamente una testa per lo scopo sopra indicato egli è d'uopo impiegare quasi intera una giornata. Ed occorre di rado di aver disponibile tal lasso di tempo a chi è preposto ad un insegnamento così esteso quale si è l'Anatomia. Il 2° ostacolo proveniva dalla mancanza del materiale di studio; il quale già scarsamente sopperisce ai bisogni di una numerosissima scolaresca.

Di più le mie osservazioni riguardano tutte cranii del tipo piemontese, che, come ognun sa, è eminentemente Brachicefalo, essendomi occorso sole tre volte di esaminare teste che presentavano un indice cefalico di 74. 8, 76. 9, 77. 4. Come ognuno scorge, anche quando io avessi potuto ripetere più frequentemente le mie osservazioni, non sarei mai giunto a risolvere la questione completamente in tutti i suoi lati. Si è questa la ragione che mi ha indotto a far conoscere questa mia idea, onde chi si trovi in condizioni diverse delle mie cerchi di attuarla e veda se i risultati si accordano o no con quelli più sopra indicati. Volendo per altro radunare attorno al mio concetto tutte quelle prove che per me fu possibile di raccogliere, onde esso sia reso più sicuro e meglio accetto, ho pensato di utilizzare la numerosa collezione di cranii che possiede il nostro Museo.

Digitized by Google

Già abbiamo detto più sopra che i diversi autori per stabilire la posizione ed il decorso della Scissura di Rolando han ricorso alla sutura fronto-parietale, e han trovato che l'estremità superiore di essa dista di 47 mm. da detta su' .ra e l'inferiore di soli 28. Tracciando su diversi cranii la Linea Rolandica secondo il metodo da me proposto, io poteva vedere se essa si comportasse colla sutura fronto-parietale allo stesso modo della Scissura di Rolando, ovvero si disponesse diversamente, e studiare queste variazioni. Egli è bensì vero che il diametro trasverso massimo del cranio a secco non si sovrapone a quello che riscontriamo sul cranio rivestito delle parti molli, e questo fatto ci avrebbe dato una varietà nei risultati, però se questa varietà fosse stata costante, siccome costante ne è la causa, avrebbe pur sempre contribuito a dare un qualche appoggio al mio modo di trovare la Scissura di Rolando.

A tale scopo io ho esaminato un centinaio di cranii dei diversi tipi, ho tracciato su di essi la Linea Rolandica, ho segnato sulla medesima il punto superiore ed inferiore corrispondenti alla estremità superiore ed inferiore della Scissura di Rolando e misurando la distanza fra questi punti e la sutura parieto-frontale ho ottenuto i seguenti risultati:

Nei cranii Dolicocefali la distanza del punto superiore della Linea Rolandica dalla sutura coronale fu trovata di 55 mm., quella del punto inferiore 26. 5.

Nei Sottodolicocefali il punto superiore distava di 52 mm. e l'inferiore di 25.

Nei Mesaticefali la distanza del punto superiore era di 54. 8, quella dell'inferiore di 21. 4.

Nei Sottobrachicefali di 54. 7 per il superiore, di 19. 8 per l'inferiore.

Digitized by Google

Finalmente nei Brachicefali di 54. 48 per il superiore e di 20. 08 per l'inferiore.

Da queste cifre si scorge che il punto superiore sarebbe spinto un po' più all'indietro del Bregma della media che viene data dagli autori, che sappiamo essere di 47 mm., e che il punto inferiore si trova essere più avvicinato alla sutura fronto-parietale. Quest'ultima differenza è pochissimo pronunciata nei cranii dolicocefali; si fa più manifesta invece nei brachicefali, pur rimanendo costante o con poche variazioni la distanza superiore. Il qual fatto ci dimostra come debba intervenire a produrre questa varietà un qualche fattore, il quale deve essere estraneo al processo da me seguìto: e questo fattore probabilmente dipende dalla sutura fronto-parietale, la quale presenterebbe delle varietà principalmente sulle parti laterali nei diversi individui e nei diversi tipi di conformazione cranica.

Malgrado queste varietà io considero come molto soddisfacenti queste misure, e credo che esse tornino di molto conforto al processo da me proposto. E tanto più mi convinco di ciò, pensando che nello stabilire le misure sui cranii io non ho adottato gli estremi del mio processo, per cui mi rimane ancora margine sufficiente per una possibile conciliazione. Ed infatti io ho stabilito il punto inferiore della linea rolandica alla distanza di 2 1[2 cent. dalla linea che congiunge l'apofisi orbitaria esteriore con il diametro trasverso massimo. Se avessi adottato la distanza di 3 cent. che è l'altro estremo, il punto inferiore della linea rolandica sarebbe stato spostato un po' all'indietro della sutura fronto-parietale e avrebbe così contribuito a diminuire la divergenza colla media data dagli autori. Così pure il punto della linea rolandica superiore sui

Digitized by Google

cranii l'ho stabilito alla distanza di 12 mm. dalla linea sagittale; se invece scieglieva la distanza di 15 mm. che è quella da me adottata nell'impiantare la freccia in questo punto, ecco che esso si sarebbe avvicinato alla sutura fronto-parietale. Di più io ho detto più avanti che la linea rolandica deve fare un angolo con la curva che congiunge il diametro trasverso, che oscilla fra 30, 35 gradi. Nel tracciare tale linea sui cranii da me esaminati, essa formava colla curva in tutti un angolo di 33 gradi. Ora egli è evidente che se restringeva d'alquanto tale angolo portandolo a 30 gradi, nel mentre sarei rimasto sempre nei limiti del processo da me indicato, avrei ottenuto una diminuzione nella obbliquità della Linea Rolandica, il punto superiore si sarebbe avvicinato, il punto inferiore allontanato dalla sutura fronto-parietale e così si avrebbero avute delle cifre che perfettamente avrebbero corrisposto a quelle date dagli autori.

Egli è bensì vero che avrei potuto adottare qualcuna o tutte le modificazioni qui sopra indicate man mano che io procedeva nelle mie osservazioni sui cranii; ma io debbo qui avvertire che innanzi di conoscere le misure ottenute sopra di un solo cranio, ho voluto che su tutti i cranii esaminati fossero tracciate le linee dalle quali si ricavò poi il risultato finale. E ciò allo scopo di avere delle misure il più possibile uniformi, e per evitare quelle facili concessioni che si fanno anche involontariamente all'amor proprio, allorquando ci accorgiamo che i risultati delle nostre ricerche non riescono troppo conformi allo scopo che ci eravamo proposto. Poichè egli è d'uopo aver sempre presente al pensiero la massima di Leuret che « quand on étudie la nature il faut constam-

Digitized by Google

« ment veiller sur soi, être en garde contre ses « propres idées; la nature ne trompe pas, mais elle « est si riche de faits qu'elle n'en refuse à aucun « système ».

Fra i cento cranii da me esaminati 25 presentano la Sutura Metopica o media frontale, ma non riscontrato alcuna differenza nelle misure avute sui medesimi.

Per conchiudere diremo che una volta riscontrata la posizione e la direzione della Scissura di Rolando, non ci sarà troppo difficile colle nozioni che oggidì si hanno dall'anatomia lo stabilire approssimativamente le parti che stanno attorno ad essa. Infatti noi sappiamo che colla sua estremità superiore che giunge ad interessare la faccia interna degli emisferi, esiste il lobulo pararolandico, continuazione sulla faccia interna della zona motrice. Ad un centimetro al disotto della estremità inferiore esiste il ramo posteriore della Scissura di Silvio, il quale ha decorso leggermente obliquo in alto ed all'indietro sulla superficie esterna degli emisferi: e noi già sappiamo che posteriormente esso si trova ad 1 $^1/_2$ al disopra degli estremi del diametro trasverso massimo.

Al davanti della scissura vi ha la circonvoluzione frontale ascendente, la quale presenta generalmente uno spessore un po' maggiore di 1 cent. ed al davanti di essa l'origine delle tre altre circonvoluzioni frontali, le quali si dividono presso a poco in parti eguali lo spazio che intercede fra la scissura interemisferica e la Silviana: al di dietro troviamo la Circonvoluzione parietale ascendente la quale dà inserzione nella sua metà superiore alla cinconvoluzione parietale superiore e nella sua metà inferiore alla parietale inferiore.

Digitized by Google

In tal modo noi possiamo circoscrivere con abbastanza facilità e sufficiente precisione, sulla superficie esterna del capo, il tratto più essenziale della corteccia cerebrale, ed una volta che esso sia ben stabilito e confermato si potrà procedere alla topografia delle altre parti della superficie cerebrale. Però qualunque sia la sorte che avrà a subire questo mio processo per rintracciare la Scissura di Rolando, io sono intimamente convinto che il diametro trasverso massimo del capo, che mi servì di guida in questo studio, dovrà avere una non lieve importanza nelle ricerche successive sulla topografia cerebro-craniana. E se esso può presentare qualche varietà nella sua ubicazione nei diversi individui e nei diversi tipi di conformazione craniana, egli è probabile che queste varietà siano anche in rapporto con particolari disposizioni dell'organo contenuto nella cavità craniana.

(Continua).

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

I BAGNI DI LUCE

Rivista del Cav. Dott. **Giuseppe Franchi**

(Continuaz. alla pag. 88, n. 3)

Molto ne resta ad apprendere sull'influenza intima della luce nella serie degli atti concorrenti alla formazione ed alla nutrizione del nostro organismo. Il detto di Newton *nil luce obscurius*, è per più ragioni applicabile al nostro caso.

Digitized by Google

Tuttavia, negare l' influenza della luce sui corpi organici, come altresì su quelli inorganici, è impossibile; anzi possiamo affermare che la luce influisce su tutti gli atti molecolari della nutrizione; promuove lo scambio elementare, lo sviluppo e la robustezza degli individui. Dalle osservazioni di Humboldt risulta ancora che la luce favorisce la regolare e felice proporzione delle forme. « Uomini e donne, scrive Humboldt, parlando dei Cajmas, hanno il corpo assai muscoloso, ma carnuto a forme arrotondite. È superfluo aggiungere che non vidi alcun individuo avente deformità naturali; è lo stesso di tante migliaia di Caraibi, di Muyscas, d' Indiani, Messicani, Peruviani che ho veduto in cinque anni. Queste deformità del corpo, queste deviazioni sono infinitamente rare in certe razze d' uomini, sopratutto nei popoli che hanno il sistema dermico fortemente colorato ». All' opposto, noi vediamo spesseggiare le deformità fra le popolazioni che abitano vallate mal soleggiate.

Analogamente Levy ha osservato che in Francia la popolazione meridionale presenta una conformazione più regolare e bella che non quella dei dipartimenti del Nord e d' una parte dell' Est.

Dappertutto ove la luce abbonda essa aggiugne alle cause di eccitazione ambienti ed intrinsiche. Il perchè vediamo le persone esposte alla luce solare andar soggette di preferenza a malattie a base infiammatoria, che sogliono però seguire un corso genuino e meglio si domano coi rimedi adatti.

Le persone che dimorano abitualmente ove la luce scarseggia hanno cute biancastra e sottile, tessuti flosci, scarsezza di globuli rossi, abbondanza di siero, respirano meno. La costituzione loro è debole, inclinano alla scrofola, alla rachitide, alla clorosi, all' idropisia. Tale è la sorte di quelli che passano lungo tempo nelle carceri,

Digitized by Google

dei fanciulli cresciuti in abitazioni poco soleggiate, ecc. Questi individui sono impressionabili per ogni minima causa e soggetti a molte infermità d' indole reumatica ed infiammatoria, le quali acquistano certa gravità perchè accese in cattivo fondo. — Milne Edwars ha notato in Francia che le persone le quali vivono nelle cantine sono molto disposte a generare figli deformi nelle membra. Sraves rimarcò effetti consimili a Berlino ed aggiunge che in Inghilterra la scrofola è comune fra i portinai che vivono in oscuri bugigattoli.

Nell'*Athenaeum* di Iena (1875, *Heft*, 3) Vogt annuncia che nella città di Berna, e precisamente nella via malsana di Aarberger, dal lato di mezzogiorno vivevano nel 1860 ottocentocinquanta e dal lato di settentrione duecentocinquantotto, in tutto 1108 abitanti che respiravano la stessa aria, bevevano la stessa acqua, pestavano lo stesso suolo.

Tanto a destra che a sinistra le condizioni economiche erano press' a poco le stesse. La mortalità di questi 1108 abitanti fu di 40,5 per mille, mentre nelle vie salubri della città non lo è che del 24,8. Più crudele ancora si palesò la differenza tra i morti dei due lati di quella via, il rapporto fra i decessi avvenuti nel lato del sole e quello dell' ombra essendo come 1: 3,65.

Che poi gli effetti salubri della radiazione solare non siano dovuti soltanto al calore ma anche alla luce emanata dalla medesima, lo dimostra il repentino cambiamento che soffrono le persone che dalla vita campagnuola passano a quella di città, benchè la temperatura da cui risultano circondate mantengasi piuttosto elevata; e gli effetti opposti che verificansi nei cittadini, i quali vanno a stabilirsi in campagna. Senza dubbio questa differenza è anche dovuta alla maggior purezza dell'aria ed a tutto quell' insieme che rende tanto salubre la vita campestre;

Digitized by Google

fra tali influenze devesi certo annoverare la radiazione luminosa del sole.

Il Maccagno volle studiare la diversa influenza che hanno la radiazione luminosa e quella calorifica solare su alcuni vegetali, ed a tale scopo, il 20 aprile 1877, coperse interamente due filari di vite di otto ceppi ciascuno, l'uno con tela nera, l'altro con tela bianca; il resto del vigneto fu lasciato nelle condizioni ordinarie. Maccagno constatò che la quantità di calore ricevuto da ciascun gambo fu precisamente in ragione inversa della quantità di luce. Tuttavia il calore non fu capace di supplire al difetto di questa, perocchè osservò una vegetazione assai debole, senza traccia di grappoli sotto la tela nera, e notò solo un poco più di vigore e qualche traccia di grappoli sotto la tela bianca. La diminuzione dell' intensità della luce prodotta per l'interposizione della tela nera impedì la produzione della glucosa nelle foglie; gli altri elementi prodotti od assimilati sono in ragione inversa dell'intensità luminosa. Una parte soltanto della potassa è in ragione inversa di questa intensità; mentre il contrario ha luogo per la potassa combinata coll'acido tartarico (*Rev. Scient.*, 10 novembre 1877.

Azione fisiologica dei varii raggi dello spettro. — La fisica distingue nell'etere luminoso onde di varia lunghezza e celerità; ciascuna di esse eccita in modo particolare la retina e quindi a ciascuna delle onde componenti lo spettro corrisponde entro di noi una speciale sensazione luminosa, ch' è il tale o tal altro colore. E siccome noi riferiamo al di fuori le forme subbiettive della sensazione, diciamo che il tale corpo è colorato in bleu, in verde, ecc. Quando poi il fascio dei raggi elementari indecomposto ferisce la retina, questa non distingue più le differenze intrinseche per celerità e per lunghezza che trovansi in

Digitized by Google

ciascun' onda speciale, ed ha una sensazione sola, risultante di tutte le impressioni elementari: la sensazione del *bianco*. Il *nero*, invece, è la negazione di ogni sensazione luminosa o, se vuolsi, la si può chiamare una sensazione *subbiettiva* assolutamente, rispondendo alla mancanza di eccitamento retinico o di alcuni tratti retinici, in mezzo ad altri che sono stimolati dalla luce. È il contrasto, scrive il Prof. Tommasi (*Trat. di fis.*), tra ciò che ne ferisce e ciò che non ci ferisce che determina il sensorio visivo a concepire come vera e distinta realtà il nero al pari dei veri colori,

I raggi componenti la luce bianca possedendo ciascuno una diversa refrangibilità possono venir disgiunti mercè il prisma; il fascio costituente la luce bianca, attraversando un dato corpo rifrangente, si riduce nelle sue onde elementari per non essere queste egualmente rifrangibili, e così veniamo ad avere separati i colori semplici, che nello spettro luminoso sono disposti come segue:

Massima refrangibilità
Raggi chimici
Violetto
Indaco
Turchino
Verde
Giallo
Ranciato
Rosso
Raggi termici
Minima refrangibilità.

La nostra retina non percepisce che i colori o le

Digitized by Google

onde luminose compresi fra il violetto, che è il più deviato, ed il rosso, che lo è meno, essi pure inclusi. Il violetto consta di onde luminose visibili le più brevi e celeri; il rosso, al contrario, di onde luminose visibili le più lunghe e meno celeri. Dal violetto al rosso le vibrazioni dell'etere luminoso diminuiscono poco a poco di numero, mentre la lunghezza delle onde sempre più aumenta. Il violetto più esterno fa 764 bilioni di vibrazioni per secondo, il rosso più esterno ne fa 481 bilioni.

I raggi compresi fra il violetto ed il rosso, questi pure inclusi, costituiscono lo spettro visibile, ma non rappresentano tutto lo spettro solare. Al di là del violetto vi sono delle onde, le più brevi, celeri e più rifrangibili che non sono percepite dalla retina, e così al di qua del rosso vi sono delle onde, le più lunghe, meno celeri e meno rifrangibili che dall' occhio non sono scorte, ma che si lasciano travedere pei massimi loro effetti chimici, le prime, e pei massimi loro effetti termici le seconde. La potenza termica, infatti, dei raggi dello spettro cresce dal violetto verso il rosso (Bérard) ed è massima nella zona scura che termina il rosso, come dimostra il termoscopio (Herschel e Melloni). E, per citare esperimenti recentissimi diremo che identico risultato ha ottenuto J. Violle valendosi del *radiometro*, nuovo e curioso istrumento che gira sì facilmente sotto l'influenza del più debole calore e di cui la velocità di rotazione misura, entro certi limiti, l'intensità della radiazione. Secondo le sperienze di Violle l'influenza del raggio violetto dello spettro è quasi nulla sul radiometro, quella del bleu è già sensibile, accentuata quella del giallo, maggiore quella del rosso. Al di là di questo raggio, ove non vedesi più alcun fenomeno luminoso, l'azione calorifica è assai intensa, anzi in questo prolungamento oscuro dello spettro solare, un poco dis-

Digitized by Google

costo dal raggio rosso, il radiometro consegue la sua massima velocità (*Rev. Scientif.*, 6 aprile, 1878).

La maggiore potenza chimica è nel violetto, come rilevasi, ad esempio, dall'effetto che ha questo raggio dello spettro sul cloruro d'argento in confronto delle altre onde luminose (Scheele); Wollaston poi dimostrò che quest'azione chimica si estende fuori dello spettro visibile al di là del violetto e coll'istessa intensità che in questo raggio. Onde si desume che tanto al di là del rosso che al di là del violetto si spandono onde luminose, le meno e le più rifrangibili, le quali però dalla retina non vengono avvertite.

Brücke avrebbe osservato che i raggi termici non agiscono più sulla colonna termometrica poichè si facciano passare pei mezzi rifrangenti dell'occhio; Cima e Franz, invece, avrebbero dimostrato che facendo passare questi raggi attraverso i diversi strati rifrangenti dell'occhio, essi non vengono completamente assorbiti, ond'è forza ammettere in questo caso che giungano anche alla retina, benchè l'impressione loro non venga percepita.

Quanto ai raggi ultravioletti, Helmholtz è riescito a renderli visibili unicamente col rinforzare di molto la loro intensità, senz'alterarne il grado di rifrangibilità; il loro colore oscillava tra l'azzurro d'indaco e l'azzurro bianco, secondo l'intensità maggiore o minore che veniva loro data. Il loro passaggio attraverso i mezzi diottrici è quindi indubitato; e se la retina nell'intensità ordinaria della luce non ne viene eccitata, bisogna dire che in tale circostanza non vale ad eccitarla l'impressione delle onde brevissime e molto celeri di cui sopra.

La massima potenza luminosa, dietro gli esperimenti di Fraünhofer ed Herschel, trovasi nel giallo, la minima nel violetto.

Digitized by Google

Quanto all'azione fisiologica dei diversi raggi dello spettro, Messe, Inghenouz, Senebier, Michelotti ed altri avrebbero dimostrato che i raggi luminosi son nocivi alla vegetazione, mentre i raggi chimici la favoriscono notevolmente. Roberto Hunt dietro le ricerche da esso fatte dal 1840 al 1847 sotto il patronato dell'Associazione britannica per il progresso delle scienze, giunse alla conclusione che le giovani piante germogliano più rigogliosamente sotto l'influenza dei raggi bleu azzurri che non sotto quella della luce bianca. Onde raccomanda l'uso di mezzi bleu nel piantar rami da cui si voglia ottenere un maggiore sviluppo di radici.

Stando ai risultati che il generale americano Pleasonton dice aver ottenuti dalle sue ricerche, il raggio violetto avrebbe un'influenza meravigliosa sullo sviluppo sì dei vegetali che degli animali. *(Res. dell' Accad. delle Sc. di Parigi*, anno 1871*)*.

P. Bert però collocò 25 specie di piante, che appartenevano ad un numero quasi eguale di diverse famiglie, sotto l'influenza di vetri ordinarii, vetri smerigliati, anneriti, rossi, gialli, verdi e turchini. Esaminato allo spettroscopio con una pallida luce di gaz, il vetro rosso era sensibilmente monocromatico, il vetro giallo lasciava passare lo spettro intero, con uno spettro relativamente maggiore delle regioni gialle; col verde le regioni non verdi non erano molto indebolite, sovratutto le regioni turchino-violette; il vetro turchino arrestava ogni cosa, lasciando appena vedere il rosso.

Le piccole serre furono disposte in maniera da non ricevere mai i raggi diretti del sole, per cui tutti i vetri, meno il giallo, potevano considerarsi come quasi monocromatici.

Da queste ricerche risultò che il color verde è funesto alla salute delle piante quasi quanto la stessa tenebra. La

Digitized by Google

luce rossa è pur molto nociva alle piante, benchè in grado minore della verde, e le fa allungare in modo singolare. Il color giallo è assai men dannoso che i precedenti, ma lo è più del turchino. In conclusione, Bert suggerisce i vetri bianchi per coprire le serre, a differenza di Hunt, Pleasonton e tanti altri, avendo ricavato dalle sue esperienze che il violetto è semplicemente meno dannoso degli altri colori dello spettro.

Le sperienze di cui sopra hanno il merito di aver fissata l'attenzione sull'influenza fisiologica dei singoli raggi dello spettro solare, ma non isciolgono la questione. Se fosse ben dimostrato, scrive Fonssagrives, che il tale o tale raggio agisce diversamente dalla luce bianca sull'economia umana; che questo rallenta l'energia degli atti organici costituenti la febbre; che quello favorisce i fenomeni di nutrizione e di vivificazione del sangue, ecc., noi avremmo nei colori dello spettro una serie di medicamenti tanto eleganti che ingegnosi.

Infrattanto il Dott. Ponza, direttore dell'asilo alienati in Alessandria (Piemonte), ha assunta l'idea di applicare la *cura dei colori* ai pazzi. Fece a tale scopo preparare diverse stanze, a ciascuna delle quali dette una tinta speciale; le finestre vennero difese da vetri il cui colore corrispondeva a quello delle pareti. Indi, nella camera *rossa* introdusse un malato affetto da delirio taciturno. Questo ammalato dopo tre ore dal suo ingresso in quella nuova dimora era divenuto gaio e sorridente. Il domani della sua entrata nella stessa camera un maniaco, il quale rifiutava assolutamente il cibo chiese all'alzarsi la colazione cui mangiò avidamente. Nella camera *bleu* il Dottore Ponza collocò un maniaco assai agitato e mantenuto colla camicia di forza; in meno d'un'ora esso calmossi. Un altro alienato, dopo aver dormito nella camera *violetta*, il domani pregava il medico di licenziarlo, sen-

Digitized by Google

tendosi guarito. Esso abbandonò infatti l'ospedale e mostravasi anche dopo felice e ben portante (*La natura*, 15 aprile 1876).

Auguriamoci che nuovi e più numerosi risultati vengano a confermare quelli già annunziati.

Azione terapeutica della luce. — Prescindendo dalle applicazioni curative che fece il Dott. Ponza di varii colori dello spettro, le nozioni già esposte sulle virtù fisiologiche della luce ne autorizzano a ritenere il soleggiamento come particolarmente indicato agli individui la cui costituzione è caratterizzata dalla debolezza dei diversi apparati, alle donne molli, delicate, ai fanciulli deboli, nei casi di profonda atonia, nella scrofola, nella rachitide, nello scorbuto, contro il maggior numero delle croniche affezioni, negli edemi, infiltramenti e simili.

Bisogna evitare la luce con diligenza in tutte le malattie acute di qualche gravezza, in ispecie del cervello ed in generale tutte quelle caratterizzate dal sopraeccitamento; l'oscurità allora, il silenzio, il riposo potranno contribuire efficacemente alla guarigione.

Azione tossica della luce. — I raggi solari, come tornano utili e benefici in grado conveniente, possono riuscir variamente dannosi quando colpiscono troppo vivamente o prolungatamente gli organi. Dai più leggieri incomodi che non di raro torna utile provocare, siccome l'eritema, le efelidi, si può salire al deliquio, alle cefalalgie intense, alla risipola della faccia e del cuoio capelluto, accompagnato da delirio, alle meningiti, all'alienazione mentale, all'apoplessia.

Digitized by Google

Martinet, che osservò nei nostri climi, su 110 casi di aracnite non ne trovò che due i quali potevano esser attribuiti ad insolazione.

Esquirol, su 1266 casi di alienazione mentale, osservata pure nei nostri climi, ne trovò soli 12 dovuti all'istessa causa. — Un'insolazione presa nel 1392 traversando la foresta di Mans, sarebbe stata la causa secondaria, se non principale, della demenza di Carlo VI, re di Francia.

Nel *Lancet* (sett. 1876) il Dott. James More narra un caso di tetano consecutivo ad insolazione. Una donna, dopo aver lavorato al campo sotto la sferza del sole di luglio, venne presa da vertigine, grande prostrazione di forze e, dopo quattro giorni, da tosse convulsiva, spasmi parziali dei muscoli della faccia e poi da disfagismo e veri accessi di contrazione tetanica in forma di opistotono. Dieci giorni dopo la comparsa del tetano la povera donna morì coi sintomi di asfissia, avendo sostenuto quattro accessi di opistotono, di cui l'ultimo le fu fatale. Negli intervalli abbastanza lunghi tra un accesso e l'altro persisteva il trisma più o meno intenso. Il D'Alore, avendo coscienziosamente escluso che si trattasse in questo caso di tetano traumautico, d'idrofobia o di avvelenamento da stricnina, attribuisce la causa del morbo all'insolazione presa da quella donna.

Tra gli accidenti gravissimi prodotti dall'insolazione annoverasi il così detto *colpo di sole* che il Dott. Pasfaner descrive come segue:

(Continua).

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 30ª settimana dal 21 al 27 luglio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	1	2	3	Malattie diabetiche, albuminuriche	1	»	1
Asfissia ed apoplessia per parto	»	2	2	» tubercolose, scrofolose	3	8	11
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	4	1	5	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	»	4	4	» nervose	»	1	1
Difterite e croup	1	»	1	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	1	1	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	2	3	5	» scirrose, cancerose	»	»	»
Morbillo	1	»	1	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	1	»	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	1	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	»	4	4	TOTALE	59	60	119
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	8	4	12
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	1	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 30ª settim.na	67	64	131
Malattie dell'appar.o respiratorio	9	8	17	» nelle settim.e precedenti	2237	2214	4451
» dell'apparato dell'alimentazione	16	14	30				
» dell'app.o cardio-vasale	2	2	4	TOTALE complessivo	2304	2278	4582
» del sistema nervoso	6	7	13				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2013	2027	4040

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 30ª settimana	75	64	139	9	1	10
Nelle precedenti	2006	1806	3812	164	113	277
TOTALE COMPLESSIVO	2081	1870	3951	173	114	287

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

Anno XLI 30 agosto 1878 N. 5

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

TOPOGRAFIA DELLA SCISSURA DI ROLANDO

per C. Giacomini

(Continuazione alla pag. 117, N° 4)

Topografia della scissura di Rolando rispetto alla parte centrale degli emisferi cerebrali. — Lo studio di questo rapporto della Scissura di Rolando presenta non minore interesse di quello che siamo andati fino ad ora facendo, essendo che essa corrisponde alla parte mediana dei ventricoli laterali e ai gangli cerebrali, corpi striati e talamo ottico che costituiscono il pavimento di detti ventricoli. E non abbiamo qui solamente un rapporto di vicinanza, ma il tratto della corteccia cerebrale che circonda la Scissura di Rolando, come quella dell'intera superficie del cervello per mezzo della corona raggiata di Reil si trova in intima relazione coi gangli sopradetti. E se egli è vero, come appare da quanto abbiamo più avanti riferito, che la sostanza grigia delle circonvoluzioni che stanno attorno alla Scissura di Rolando sia sede di centri motori, egli è evidente

Digitized by Google

che le fibre midollari che congiungono questa parte col corpo Opto-striato e quindi con le altre sezioni del sistema nervoso, devono essere conduttrici di attività diverse da quelle tramezze dalle altre fibre che costituiscono il resto della corona di Reil.

E quindi una lesione che avvenga nella sostanza midollare corrispondente alla Scissura di Rolando, deve manifestarsi con sintomi speciali, i quali possono guidare il clinico ad una diagnosi locale, come appunto si trovano già registrati nella scienza diversi casi. E se è ancora lontano il giorno in cui il pratico potrà portare dei presidii terapeutici più profondamente della sostanza corticale degli emisferi, egli è però di sommo interesse dal lato anatomo-patologico di ben conoscere questo rapporto, onde si possano ben localizzare anche nella sostanza midollare, le lesioni che in essa si riscontrano, e far servire queste osservazioni a meglio stabilire le relazioni tra i gangli e la corteccia, essendochè le nozioni che oggi si posseggono in Anatomia a tale riguardo hanno bisogno d'essere grandemente avvalorate.

Per giungere a conoscere in modo esatto e facile questo rapporto conviene praticare delle sezioni degli emisferi, parallele alla Scissura di Rolando. Tre sezioni sono sufficienti allo scopo. Una di queste deve essere praticata sulla profondità della Scissura di Rolando, e questa è la più importante; delle altre due l'una si fa appena al davanti della circonvoluzione frontale ascendente per modo da comprendere nella sezione l'origine delle circonvoluzioni frontale superiore, media ed inferiore; l'altra si fa subito posteriormente alla circonvolu-

Digitized by Google

zione parietale ascendente in guisa da comprendere anche qui l'origine delle altre due circonvoluzioni parietali, superiore ed inferiore. Per brevità nel linguaggio indicheremo queste sezioni col nome di Sezione Rolandica la media; Prerolandica l'anteriore; Postrolandica la posteriore.

Queste sezioni interessano l'Insula del Reil, la Scissura di Silvio e il Lobo temporo-sferoidale mettendo in evidenza delle particolarità che è sempre importante di bene conoscere.

Le sezioni degli emisferi cerebrali fatte parellamente alla Scissura di Rolando sono di una maggiore utilità di quelle praticate trasversalmente, essendochè esse corrispondono alle divisioni generalmente adottate della superficie del cervello e quindi si riportano a parti ben definite e corrispondenti; ed anche gli organi interni ci appaiono meglio evidenti, onde possiamo con maggiore facilità afferrare il loro mutuo rapporto e riferirlo meglio alle parti esterne.

Sezione Rolandica. — La sezione media, quella che corrisponde alla Scissura di Rolando o sezione Rolandica, è quella che comprende la massima parte degli organi interni ed è quindi la più istruttiva. Essa vien praticata divaricando leggermente la scissura di Rolando ed applicando sul fondo di essa il tagliente del coltello comunemente usato per le sezioni del cervello. L'organo può essere preventivamente indurito, ma anche sul cervello fresco, quando esso non sia di troppo rammollito, può effettuarsi, ed in questo caso le diverse parti conservando la loro colorazione normale, meglio si distinguono

Digitized by Google

le une dalle altre. La fig. 5ª è una fedele riproduzione di una sezione fatta in queste circostanze; e le poche cose che andremo dicendo non serviranno che di spiegazione alla medesima.

Questa figura ci dimostra come la sezione per mezzo della Scissura di Silvio possa essere divisa in due porzioni l'una superiore che corrisponde alla linea divisoria fra il lobo frontale ed il parietale, — l'altra inferiore che costituisce il lobo temporale, — ed una mediana che comprende l'insula. Sul lobo frontale si vede esternamente tutto il decorso della circonvoluzione frontale ascendente ed alla faccia interna la sezione del lobulo pararolandico in alto *(L P)*, più in basso del corpo calloso e della sua circonvoluzione *(E e C.C.)*. Sul lobo temporale il tagliente interessò tutte le circonvoluzioni di cui consta questo lobo, le quali si vedono ben divise dalle rispettive scissure — l'insula fu sezionata parallelamente ad una delle sue circonvoluzioni medie. Subito all'interno della sostanza cinerea dell'insula troviamo il fasciculus uncinatus e poi l'antimuro o strato cinericcio dell'insula. Questo comincia in alto sottile, e quanto più si porta in basso si allarga, finchè sembra dissociarsi nella sostanza midollare dal lobo temporale. All'interno dell'antimuro troviamo uno strato di sostanza bianca che è la Capsula esterna e finalmente riscontriamo i gangli cerebrali.

Questi sono tutti interessati dalla sezione, ma in grado diverso. Il Corpo striato interno (*A*) compare solo per un piccolo tratto corrispondente alla parte sua posteriore od alla coda, mentre il Talamo ottico (*B*) e il corpo striato esterno (*D*) si presentano nella loro maggiore estensione.

Digitized by Google

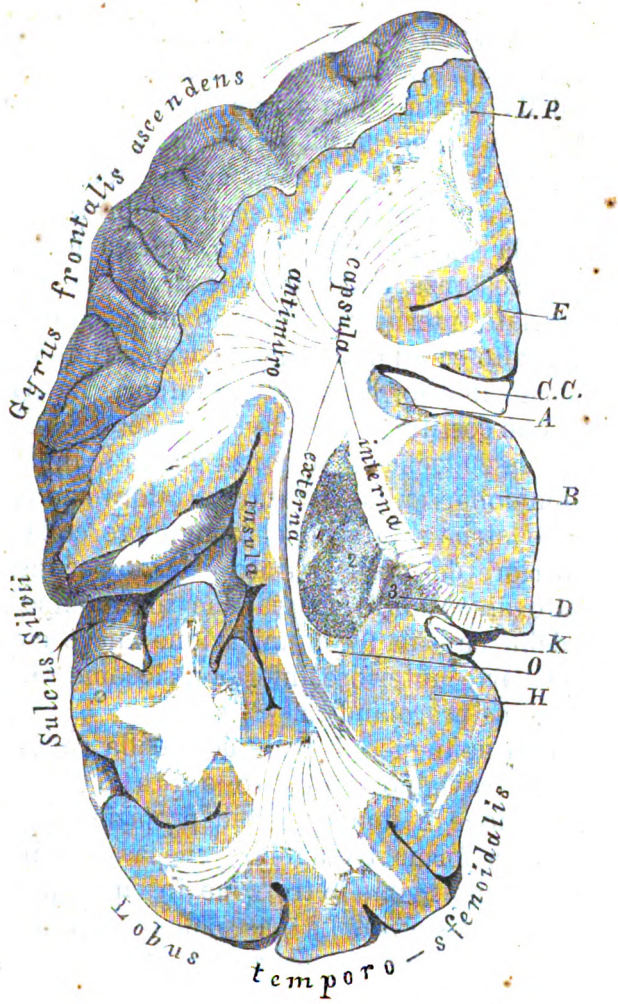


FIG. V.

L.P. Lobulo Pararolandico; *E* Circonvoluzione del corpo Calloso; *C.C.* corpo Calloso; *A* corpo striato interno o nucleo caudato che compare nella sua parte posteriore; *B* Talamo ottico; *D* Corpo striato interno o nucleo lenticolare, in questa sezione esso ci appare di figura triangolare e la sua sostanza non è omogenea ma è divisa in tre zone che sono segnate coi numeri: 1. l'esterna la più estesa; 2. la media, ed il *globus pallidus;* 3. la interna od il *putamen*; *K* è la sezione della benderella ottica; *O* sezione della commessura anteriore; *H* nucleo amigdaloideo.

Digitized by Google

La sezione del talamo ottico cade al di dietro del corpus album subrotundum di Wieussens o tubercolo superiore od anteriore, ed in corrispondenza della commessura grigia che si riscontra alla sua faccia interna. Questa figura dimostra ancora il rapporto stretto che contrae la faccia esterna del talamo con l'espansione dei peduncoli cerebrali che va a costituire la Capsula interna. Questa forma uno strato di sostanza midollare che divide la coda del corpo striato interno ed il talamo ottico, i quali sono situati in alto ed all'interno, dal corpo striato esterno che è posto inferiormente ed all'infuori. La capsula interna non costituisce una divisione netta fra le parti indicate, essendochè la sostanza grigia si infiltra fra le fibre midollari; e ho riscontrato talora che la coda del corpo striato interno si congiunge colla parte più superiore del corpo striato esterno per mezzo di un tratto di sostanza grigia che interrompe il decorso della capsula; comunicazione che è costante verso la parte anteriore inferiore, siccome vedremo nella sezione prerolandica.

In basso adunque ed all'infuori della capsula interna noi troviamo il Corpo striato esterno. Questa sezione è una delle più propizie per dimostrare sia la forma triangolare che assume il corpo striato esterno, come le tre zone in cui si può dividere la sua sostanza. La base del triangolo curvilinea è rivolta verso l'esterno ed è abbracciata dalla capsula esterna e dall'antimuro di cui abbiamo già discorso e corrisponde all'insula, colla quale conserva lo stesso rapporto in tutta la sua estensione. L'apice è diretto all'interno, e mentre nella sezione che stiamo studiando si presenta acuto, più avanti si modifica grandemente. Delle tre zone di

Digitized by Google

cui consta il corpo striato esterno, la esterna (*1*) è la più estesa corrispondendo alla base, la media (*2*) di un colore grigio meno pronunciato fu distinta dal Burdach col nome di Globus pallidus; e finalmente la interna (*3*) che costituisce l'apice, dallo stesso scrittore, fu chiamata Putamen. La distinzione delle tre zone sopra indicate è fatta da due lamine di sostanza bianca che hanno preso il nome di Lamine midollari.

Subito al disotto del corpo striato esterno nello spessore del lobo temporale noi riscontriamo un nucleo di sostanza grigia, ben circoscritto in tutta la sua estensione, tranne alla parte superiore, dove sembra contrarre rapporti col corpo striato esterno ed alla parte interna ove evidentemente si continua con la sostanza grigia della circonvoluzione dell'Hippocampo, è questo il Nucleo amigdaloideo (H), che alcuni anatomici considerarono come parte distinta del cervello, mentre altri con più ragione ne fanno una dipendenza dalla corteccia cerebrale.

Se nel praticare la Sezione Rolandica noi non abbiamo l'avvertenza di mantenere il tagliente ben verticale, noi veniamo ad incidere la parte inferiore degli emisferi un po' in avanti od un po' all'indietro dal vero punto che stiamo ora studiando. Se l'incisione cade un po' in avanti noi incontriamo la spazio perforato anteriore, colla sostanza grigia del quale il nucleo amigdaloideo si confonde; se invece la sezione è fatta subito all'indietro del punto in cui stiamo esaminando la Sezione Rolandica noi interessiamo la parte più anteriore del grande piede d'Ippocampo ed apriamo l'appendice sferoidale dei ventricoli laterali. Il Nucleo amigdaloideo è separato tanto dal piede d'Hippocampo

Digitized by Google

quanto dalla cavità dei ventricoli per una stria ben evidente di sostanza bianca.

Fra l'apice del corpo striato esterno ed il nucleo amigdaloideo noi scorgiamo la sezione di un cordone bianco *(K)* che non è altro che la benderella ottica. Tra la base del corpo striato esterno ed il detto nucleo amigdaloideo, noi scorgiamo la sezione di un altro cordone bianco meno evidente però che sarebbe la commessura anteriore *(O)*. Essa si troverebbe fra tre strati di sostanza grigia, vale a dire che all'esterno avrebbe l'antimuro; superiormente la zona esterna del corpo striato esterno; inferiormente ed all'interno il nucleo amigdaloideo, per cui è facile di poterla ben distinguere. Però se l'incisione fosse praticata un po' posteriormente si vedrebbe come detta commessura non sia troppo ben circoscritta, principalmente alla parte inferiore, essendochè essa si espande evidentemente nel lobo temporale, non interessandoci per ora di conoscere la sua terminazione ultima.

Sezione Prerolandica. — Essa cade nella parte più anteriore del lobo sfenoidale, per cui questo non è più compreso nella sezione, la quale interessa in tutta la sua estensione il lobo frontale, subito all'innanzi dello spazio perforato anteriore. Quindi alla parte superiore noi troviamo le tre circonvoluzioni frontali disposte longitudinalmente *(F.S. F.M. F.I.)*, vale a dire superiore, media ed inferiore, le quali furono incise vicino alla loro origine; divise fra loro dalle due scissure frontali superiore ed inferiore. Sulla parte inferiore che riguarda la porzione orbitaria del lobo frontale non abbiamo altro a notare

Digitized by Google

SEZIONE PREROLANDICA

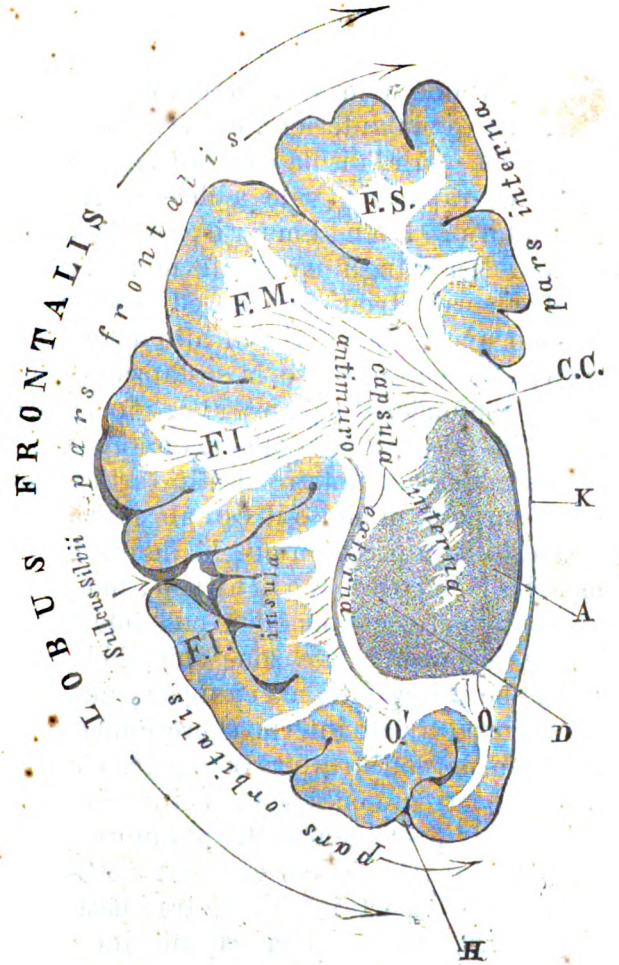


FIG. VI.

Questa sezione è praticata subito al davanti della Circonvoluzione Frontale ascendente parallelamente alla Scissura di Rolando. *F.S.* Circonvoluzione frontale superiore; *F.M.* circ. frontale media; *F.I.* Circ. frontale inferiore; *F.I'.* la stessa Circonvoluzione frontale inferiore incisa nella sua parte più inferiore, nel mentre sta per continuarsi nelle Circonvoluzioni orbitarie; *O.O'.* Circonvoluzioni olfative interne ed esterne; *H* Nervo olfativo, che sta nella Scissura che divide le predette Circonvoluzioni; *CC* corpo calloso; *K* setto lucido; *A* corpo striato interno; *D* corpo striato esterno, il quale non ha più la figura triangolare come nella sezione precedente e la sua sostanza si presenta più omogenea.

Digitized by Google

che la sezione del nervo olfativo *(H)*, il quale conserva il suo rapporto col solco olfativo limitato dalle due circonvoluzioni omonime *(O.O')*. Alla parte esterna troviamo l'insula, la quale è interessata nella sua parte più anteriore, e riscontriamo gli altri elementi, coi quali l'insula con la sua faccia interna si mette in rapporto, vale a dire il fasciculus uncinatus, l'antimuro, e la capsula esterna. Dei gangli cerebrali non riscontriamo che i due corpi striati interno ed esterno *(A.D)*, i quali sono ancora ben divisi in alto dalla Capsula interna, ma che in basso la sostanza che li costituisce si confonde. Il corpo striato interno si presenta in tale sezione colla maggiore sua estensione, col massimo diametro diretto verticalmente: in alto esso sorpassa di molto il corpo striato esterno. Questo non presenta più la figura triangolare come nella Sezione Rolandica, ma assume la figura lenticolare, e non è più possibile distinguere nella sua sostanza le tre zone che abbiamo notato nella sezione precedente, ma ci appare più omogeneo. Anche il corpo striato interno si presenta di un colore grigio uniforme con struttura omogenea che conserva in tutte le parti in cui venga inciso. Se la sezione fosse praticata pochi centimetri più in avanti noi vedremmo scomparire il corpo striato esterno e con esso l'insula e le parti interposte tra questa e quello; scomparirebbe pur anco la capsula interna e non resterebbe che un piccolo tratto di sostanza grigia rappresentante della parte più anteriore del corpo striato interno, il quale è quello fra i gangli cerebrali che si spinge più innanzi.

Tra la Sezione Rolandica e la Prerolandica, vale a dire in un tratto comprendente tutto lo

Digitized by Google

spessore della circonvoluzione frontale ascendente, della larghezza di oltre un centimetro, starebbero situati, per ciò che riguarda la parte centrale degli emisferi, la porzione più voluminosa dei due corpi striati, la parte più anteriore del talamo ottico e della capsula interna, tutta la porzione più interna della commessura anteriore, e tutta la porzione più anteriore della benderella ottica unitamente al chiasma che essa va a formare alla base del cervello.

Sezione Postrolandica. — Questa vien fatta subito al di dietro della circonvoluzione parietale ascendente, quindi interessa il lobo parietale in alto ed all'interno, il lobo temporale in basso e la parte più posteriore dell'insula, che talora più non compare in questa sezione. Dei gangli cerebrali non troviamo che una piccola porzione del talamo ottico e l'apice della coda del corpo striato interno *(A)*. Il talamo ottico *(B)* resta interessato nel suo tubercolo posteriore, conosciuto ancora con il nome di Pulvinar, e non raramente sarebbero pure intaccati i corpi genicolati, principalmente l'esterno. Nel lobo temporale la sezione mise allo scoperto l'appendice sfenoidale dei ventricoli laterali, ed incise trasversalmente il grande piede di Hippocampo in corrispondenza dell'apice dell'uncus che forma la sua circonvoluzione nel ripiegarsi all'interno *(X)*.

Il talamo ottico colla sua faccia esterna in questa sezione corrisponde ai peduncoli cerebrali, dei quali una parte, la più superiore od il tegmentum va a terminare nel medesimo, mentre che la parte più inferiore od il piede dei peduncoli cerebrali *(E)* si porta in avanti per andar a formare

Digitized by Google

la capsula interna, della quale abbiamo veduto nelle sezioni anteriori, il decorso, la posizione ed i rapporti. In questa sezione le due parti che compongono i peduncoli cerebrali sono sezionate obliquamente e si vede il Locus niger di Soëmmèring che le divide (*L*). Alla parte esterna dei peduncoli troviamo la sezione della benderella ottica (*K*) appena essa si è distaccata dal corpo genicolato esterno che sarebbe situato a pochi millimetri più all'indietro.

Fra la Sezione Rolandica e la Postrolandica si trova una zona del cervello corrispondente alla circonvoluzione parietale ascendente, la quale comprende nel suo spessore tutta la parte più posteriore del corpo striato esterno, dell'insula, la espansione della commessura anteriore, la parte assottigliata del corpo striato interno, il talamo ottico in tutto quel tratto che intercede fra i due tubercoli che si riscontrano alla faccia sua superiore, parte della commessura grigia, i pilastri anteriori, e la commessura posteriore.

Le tre sezioni che siamo andati studiando nei loro particolari, presentano pure dei tratti comuni; tutte infatti sono divise in due parti per mezzo della Scissura di Silvio. Nella sezione Rolandica e nella Postrolandica è interessato il ramo posteriore di detta scissura, mentre nella Prerolandica è il ramo anteriore che è inciso, o meglio la divisione anteriore di detto ramo. Così la parte corticale delle sezioni sarebbe divisa in una porzione superiore ed in porzione inferiore alla Scissura di Silvio. Questa distinzione è bene che sia fatta, essendochè la parte della corteccia situata superiormente è quella che corrisponde

Digitized by Google

SEZIONE POSTROLANDICA

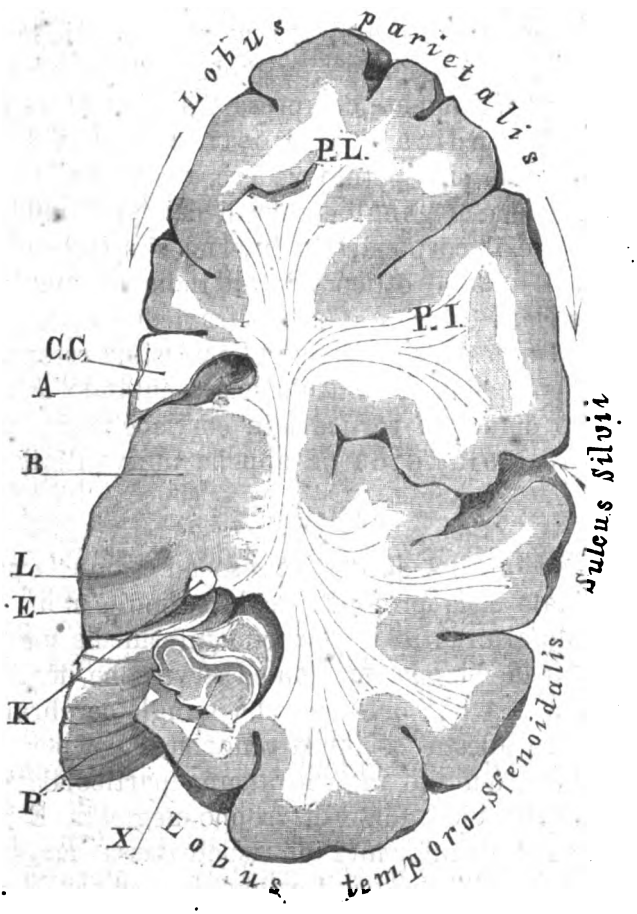


FIG. VII.

Questa figura rappresenta una sezione degli emisferi fatta subito al di dietro della Circonvoluzione Parietale ascendente. — *P.L.* Circonvoluzione parietale superiore; *P.I.* Circonvoluzione parietale inferiore; *C.C.* corpo calloso; *A* apice del corpo striato interno; *B* talamo ottico; *L Locus niger Soëmmering*; *E* peduncoli cerebrali; *K* benderella ottica vicino alla sua origine; *P* ponte di Varolio; *X* Sezione della parte più anteriore del grande piede d' Hippocampo e quindi è compreso nella sezione anche l'*Uncus*.

Digitized by Google

all'area motrice di Ferrier; mentre la porzione inferiore non risponde agli eccitamenti, nè alle lesioni patologiche. L'area adunque motoria della corteccia sarebbe propriamente compresa fra le due incisioni, la Prerolandica e la Postrolandica e quest'area, come si è potuto vedere, corrisponde colla parte interna ai gangli cerebrali dei quali abbiamo veduto che il corpo striato interno si spinge più in avanti, il talamo ottico più all'indietro, mentre il corpo striato esterno starebbe fra i due estremi in basso, ed all'esterno, avendo la medesima estensione antero-posteriore dell'insula e presentando il massimo suo diametro verticale in corrispondenza della Sezione Rolandica od appena in avanti di essa.

Fino ad ora noi abbiamo preso ad esame la parte superficiale e la profonda delle sezioni, non considerando gran fatto la porzione intermedia formata di sostanza bianca, la quale servirebbe di tratto d'unione tra la corteccia ed i gangli cerebrali. E per essere questa sostanza omogenea, e per non presentare nel suo interno alcuna particolarità un po' spiccata, vien forse di troppo negletta. E pure sotto questa uniformità di aspetto essa nasconde tale complessità di struttura che fino ad ora è sfuggita a tutte le ricerche macroscopiche e microscopiche, per cui noi troviamo al riguardo molte ipotesi, e pochi fatti bene stabiliti. E questa è una ragione per cui dobbiamo insistere un momento sopra di essa.

Questa sostanza bianca o midollare risulta da fibre nervose le quali servono ad unire la corteccia con i gangli cerebrali e con le altre parti del si-

Digitized by Google

stema nervoso e che costituiscono le così dette fibre raggiate, che dalla capsula interna si espandono verso la superficie degli emisferi, e che secondo Meynert apparterrebbero al sistema di proiezione di primo ordine e secondo Luys al sistema convergente superiore: oppure congiungono i due emisferi fra loro, o le diverse parti dello stesso emisfero e queste sono conosciute col nome di fibre Commessurali inter od intra-emisferiche. Per lo scopo nostro facendo astrazione da quest'ultimo ordine di fibre nervose e considerando nelle nostre sezioni le sole fibre raggiate, ed in ispecie quelle della zona motoria, queste, avuta la loro origine dalla corteccia cerebrale (ed il modo è ancora poco conosciuto) procederebbero sotto forma di fasci per un certo tratto indipendenti finchè avvicinandosi ai gangli si intrecciano fra loro in modo inestricabile. Però queste fibre che costituiscono la sostanza midollare potrebbero essere distinte in tanti fasci quante sono le loro origini ben manifeste alla periferia.

Così se noi consideriamo la Sezione Prerolandica noi abbiamo veduto che le circonvoluzioni frontali superiore media ed inferiore sono interessate verso la loro origine e quindi troviamo tre fasci di fibre midollari, i quali possono essere ben distinti fra loro fino alla capsula interna, supponendo che le scissure divisorie frontale superiore ed inferiore si prolunghino un po' più all'interno. E se occorresse di dover nominare tali fasci, anzichè ricorrere a nuove denominazioni come propone il Pitres io crederei più conveniente di indicarli col nome della circonvoluzione a cui essi naturalmente appartengono; e quindi nella Sezione Prerolandica si avrebbe

Digitized by Google

la porzione midollare della circonvoluzione frontale superiore, media ed inferiore. Che anzi a questo proposito si potrebbe adottare una regola generale, la quale serva di norma nello indicare le diverse parti della sostanza bianca degli emisferi, oggidì con non troppo vantaggio lasciate senza nome.

Così si potrebbe stabilire che per indicare una parte qualunque della sostanza midollare degli emisferi, questa debba essere riferita alla circonvoluzione a cui apparterrebbe supposto prolungate le scissure divisorie, e dalla stessa circonvoluzione trarre la sua denominazione. In tal modo seguendo un piano uniforme, si potrà precisare con esattezza, qualunque particolarità che eventualmente si possa riscontrare nella sostanza midollare, degli emisferi sia che essa costituisca il centro ovale di Vieussens o la corona raggiata di Reil, ovvero il nucleo bianco di qualunque altra sezione praticata sugli emisferi, evitandò così nuove denominazioni le quali, oltre al non esprimere mai con maggior chiarezza la cosa a designarsi, rendono sempre più complicata la questione.

Nella Sezione Rolandica la sostanza midollare si irradia a guisa di ventaglio dalla capsula interna verso la circonvoluzione frontale ascendente in avanti e la Circon. parietale ascendente all' indietro. Qui non troviamo solcatura alcuna che segni una divisione in tale tratto di sostanza bianca; ma la base di essa è abbastanza estesa da poter con facilità dividersi in diverse parti, le quali possono distinguersi avendo riguardo alla loro posizione.

Finalmente nella Sezione Postrolandica la sostanza midollare corrispondente all'area motoria è divisa in due parti per mezzo della scissura inter-

Digitized by Google

parietale o del suo prolungamento, e questi due fasci di fibre nervose appartengono alla circonvoluzione parietale superiore ed inferiore.

Queste tre sezioni ci dimostrano adunque quanto vi ha di essenziale a conoscersi nella costituzione degli emisferi cerebrali; e se ad esse noi aggiungiamo due altre intermedie le quali vengano praticate nella parte centrale delle due circonvoluzioni parietale e frontale ascendente, non vi sarà parte anche minima la quale sfugga al nostro esame.

Quindi nelle ordinarie autopsie, allorquando si procede all' esame del cervello e si sospetti di una qualche lesione in alcuna delle sue parti, invece di adottare le sezioni orizzontali praticate ancora da alcuni, e che sono le più improprie allo scopo che ci proponiamo, ovvero di adottare il metodo classico più universalmente seguìto, io consiglierei di praticare delle sezioni parallele alla Scissura di Rolando. Con queste metodiche sezioni noi già sappiamo preventivamente le parti che dobbiamo interessare col tagliente e il rapporto che esse mantengono fra di loro, e quindi una minima variazione che esista ci apparirà più evidente. Di più il fatto essenziale che deve preoccupare l'Anatomo-Patologo nelle malattie cerebrali non si è solo di mettere allo scoperto la lesione, e la natura di essa, ma di ben localizzarla, vale a dire di ben stabilire i suoi limiti ed i rapporti che essa ha con le parti superficiali, come con le profonde. Ora per ciò fare io non conosco metodo più semplice e nello stesso tempo più esatto delle sezioni parallele alla Scissura di Rolando.

Col metodo classico proposto da Virchow per sezionare il cervello si comincia subito colla prima incisione a togliere il rapporto della parte superiore

Digitized by Google

della corteccia con i gangli cerebrali, vale a dire che si intacca subito colla prima incisione quella parte della quale oggidì si ha tanto interesse a conoscere i rapporti. Quindi una lesione che venga riscontrata nel centro ovale di Wieussens ad es., riesce non troppo facile di poter stabilire il rapporto di detta lesione con le circonvoluzioni delle quali il detto centro costituisce una dipendenza.

Si aggiunga ancora che le sezioni praticate nel modo da me indicato possono venir conservate anche isolatamente negli ordinarii liquidi per studi ulteriori, e sarà sempre possibile di localizzare la lesione quando si sappia in qual punto fu praticata la sezione.

E non sono solamente considerazioni puramente Anatomiche, che mi inducono a consigliare tale metodo di sezionare gli emisferi cerebrali, ma specialmente le evenienze pratiche: m' occorse alcune volte di localizzare delle lesioni in cervelli sezionati col metodo comunemente adottato, ed ebbi a provare non poche difficoltà per giungere allo scopo; mentre se le sezioni fossero state fatte con metodo e riportandosi a parti ben determinate della superficie esterna, il rapporto della lesione si potrebbe stabilire *a priori* senza aver sott'occhio il preparato.

Questo modo di sezionare il cervello sarebbe adunque una naturale conseguenza dei progressi fatti nella Fisiologia, e principalmente nella Patologia cerebrale, e l'Anatomo-Patologico egli è d'uopo che si uniformi ad essi se desidera coi suoi studii il più possibilmente contribuire allo studio delle localizzazioni cerebrali.

Digitized by Google

Ancora oggidì quando si parla di rapporti tra la superficie esterna del cranio e gli organi encefalici la nostra mente ricorre tosto a Gall e Spurzheim, i quali sul principio di questo secolo furono i primi a sollevare tale questione. Ma essi furono traviati dal loro sistema frenologico, il quale anzichè cercare un fondamento nel fatto anatomico, con questo si trovava in aperta contraddizione. Quindi la loro opera

Anatomie e Physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier, 1810-1819,

imponente sempre per il materiale in essa raccolto che avrebbe potuto portare un largo contributo alla Anatomia cerebrale e promuovere lo studio di questa parte così intricata del nostro organismo, ottenne invece l'effetto opposto. Tutto il loro lavoro non solo fu dimenticato, ma cadde nel ridicolo, ed allontanò gli studiosi da un argomento al quale non era più nemmen concesso l'onore della discussione.

Dobbiamo percorrere quindi quasi un mezzo secolo prima di veder di nuovo comparire tale questione, e dato ad essa un fondamento veramente scientifico. E l'iniziativa di questo secondo periodo della storia della Topografia cerebro-craniana spetta al Broca nel suo lavoro intitolato:

Sur le siége de la faculté du langage articulé, dans Bulletins de la Société Anatomique, 1861. 2ª serie, tomo VI, pagina 330-357.

Però è d'uopo convenire che il tempo trascorso da Gall a Broca non andò completamente perduto per il nostro argomento. In questo frattempo

Digitized by Google

infatti gli studii di Rolando, di Foville, di Leuret, di Gratiolet che noi già conosciamo, stabilirono la divisione della superficie cerebrale nei diversi lobi oggidì adottati mercè di scissure costanti e profonde che sono perciò conosciute col nome di primarie o lobari, si precisarono meglio il decorso, il rapporto, le varietà che presentano le circonvoluzioni che compongono ciascun lobo, e così la superficie cerebrale mercè questi dati, potè essere percorsa con sicurezza e facilità anche da chi non era troppo familiare a siffatte escursioni.

E la denominazione che venne data ai cinque lobi in cui fu divisa la superficie cerebrale da Gratiolet, vedi il suo lavoro:

Sur les plis cérébraux de l'homme et des primates. Paris 1854, e l'altro: *Anatomie comparée du système nerveux*, t. II, Paris 1857,

fu un primo tentativo di Topografia cerebro-craniana; se non che la corrispondenza tra la superficie dei lobi e le ossa del cranio da cui ricevevan la loro denominazione non era troppo esatta, e questo fu il primo fatto che ebbe a far notare il Broca nella memoria sopracitata. Il Broca ebbe non solo il merito d'aver portata la questione sopra di un terreno puramente scientifico, ma esso indicò un metodo di facile applicazione, esatto nei risultati per stabilire i rapporti tra la superficie del cranio e del cervello; e questo metodo è quello delle freccie che vengono introdotte nella sostanza cerebrale per mezzo di fori praticati sulla superficie ossea mercè un piccolo trapano, siccome abbiamo veduto più avanti. Questo metodo fu adottato dalla grande maggioranza degli anatomici che si applicarono a questo studio, e ad esso si devono una gran parte delle cognizioni

Digitized by Google

che oggidì si posseggono sulla Topografia cerebro-craniana.

Dopo il Broca troviamo l'interessante lavoro di Bichoff sulle circonvoluzioni dell' uomo:

Die Grosshinwindungen des Menschen,

pubblicato a Monaco nel 1868, nel quale il rapporto tra la superficie craniana e la cerebrale viene stabilito per mezzo del metodo delle freccie.

Però questi studi non destarono grande interesse ed erano poco apprezzati dalla grandissima maggioranza dei medici. E non si fu che due anni dopo, alloraquando Fritsch e Hitzig nel 1870 pubblicarono nei *Reichet's et Dubois-Reymond's Archiv* i loro studi sulla eccitabilità di parte della corteccia cerebrale, che incominciarono a comparire importanti memorie sul nostro argomento, iniziando così un terzo periodo della topografia cerebro-craniana, il quale non si chiuderà che colla perfetta conoscenza del rapporto tra il contenente ed il contenuto. E così sotto questo riguardo la cavità craniana potrà essere paragonata alle due altre grandi cavità splancniche, la toracica e l'addominale, delle quali oggidì come se le pareti fossero trasparenti si intravede la posizione ed il rapporto dei principali visceri entro contenuti.

Nel 1870 incomincierebbe adunque un terzo periodo di maggiore attività per il nostro studio, e quindi troviamo un gran numero di memorie le quali riguardano questo argomento: e difatti nel 1871 il Broca pubblica un suo lavoro:

Sur la déformation toulounaine du crâne dans le Bull. de la Société d'antropologie, 2ª serie, tom. VI, pag. 114.

Nel 1873 — Ferd. Hefter: *Delle circonvoluzioni cerebrali nell'uomo, e dei loro rapporti con la cavità craniana.*

Digitized by Google

Dissertazione inaugurale pubblicata in lingua russa a Pietroburgo, della quale esiste un sunto nella *Revue d'Antropologie*, 1876, N. 2.

Nel 1873 — TURNER: *On the relations of the human cerebrum to the outer surface of the skull and head. Journal of anat. and physiology*, serie II, N° 13, pag. 142.

Nel 1874 — TURNER: *An illustration of the relations of the circonvolutions of the human cerebrum to the outer surface of the skull. Journal of anatomie*, N° 14, pag. 359.

Nel 1872 — FERÉ: *Note sur quelques points de la topographie du cerveau. Archiv de physiologie.*

Nel 1876 — ECKER ALEX.: *Die topographischen Berichungen zwischen schädel und Gehirn in normalen Zustand. Brunswick.*

Nel 1876 — BROCA: *Sur la topographie cranio-cérébrale, ou sur les rapports anatomiques du crâne et du cerveau. Revue d'antropologie*, N° 2, 1876,

Nel 1876 — FOULHOUZE: *Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voute du crâne chez les enfants. — Thèse pour le doctorat.*

Tutti gli studi che vennero fatti in Francia, furono inspirati dal Broca e fu seguìto il suo processo delle freccie. Il Turner in Inghilterra divise la superficie craniana in diverse aree, prendendo principalmente per guida le suture, indi esportava i tratti della scatola ossea corrispondenti a queste aree ed esaminava quali parti della superficie cerebrale erano messe allo scoperto. È il processo medesimo che noi abbiamo tenuto nel constatare se il decorso della Scissura di Rolando corrispondesse alla linea rolandica tracciata sulla superficie craniana. Più complicato di tutti si è il procedimento adottato da Heftler in Russia.

Digitized by Google

il quale studia il cranio e la superficie cerebrale sotto le quattro norme temporalis, — verticalis, — frontalis, — occipitalis adottando un processo grafico per stabilire il rapporto fra le due superficie. È questo uno di quei procedimenti che volendo troppo localizzare non riescono al loro intento. Esso potrà servire per stabilire il rapporto di una data norma d'un speciale cranio, ma non riescirà mai a generalizzare i suoi risultati. E questo processo sarà poco seguito dagli studiosi, essendochè richiede l'uso di strumenti che non si trovano che nei grandi stabilimenti scientifici.

Riguardo alla seconda parte della Topografia della Scissura di Rolando, troviamo pochi lavori i quali si siano occupati di proposito di questo rapporto. Il Féré nella sua opera sopracitata, riporta sezioni degli emisferi cerebrali, le quali però non sono fatte parallelamente al decorso della Scissura di Rolando. Il primo a riconoscere il valore delle sezioni fatte in tal modo si è il Pitres, il quale nella sua memoria,

Note sur la nomenclature des différents régions du centre ovale des Hémisphères cérébraux. Archiv de physiologie, numero 2, 1877,

riporta pure diverse osservazioni patologiche le quali dimostrano il bisogno di limitare e denominare i diversi tratti della sostanza midollare degli emisferi.

Digitized by Google

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

I BAGNI DI LUCE

Rivista del Cav. Dott. **Giuseppe Franchi**

(Continuaz. alla pag. 127, n. 4)

Il vero colpo di sole è ordinariamente preceduto da qualche prodromo, come debolezza, vertigini, cefalalgia, dolore epigastrico, nausea, sete, lingua secca, tenesmo vescicale, e simili, ed ancora da sintomi toracici: oppressione, dispnea, dolore al petto, ai quali succede un periodo di stupore nervoso profondo. La pelle divien secca, caldissima, urente, polso pieno, molle, moderatamente celere. Questi sintomi premonitori possono mancare od essere inavvertiti: in tal caso l'ammalato cade come colpito dal fulmine. Può morire istantaneamente o poco dopo, avendo gli occhi chiusi, le pupille dilatate ed insensibili, contrazioni cloniche della faccia e delle estremità, gote livide, polso frequente, respiro stertoroso, superficiale, frequentissimo.

Se la malattia non è fulminante, i cennati fenomeni sono più miti, l'ascoltazione avverte un rumore respiratorio debole, accompagnato da rantoli percettibili a distanza e per l'apposizione della mano. Polso frequente: aprendo la vena il sangue esce a getto interrotto, i battiti del cuore diminuiscono, il polso divien più debole, il paziente traspira, poi diviene asfitico. Pupille

Digitized by Google

prima contratte poi dilatate, faccia pallida, livida; un liquido bruno, spumoso cola dalla bocca e dalle nari, il calor della pelle raggiunge fino i 44°,5 C., talvolta macchie cianotiche cutanee, spesso vomito. Non sono costanti le convulsioni; dopo la cessazione del respiro il cuore e le arterie si contraggono talvolta ancora lungamente. La morte può sorvenire in qualche minuto o in qualche ora e così pure la guarigione può essere rapida.

Rimane però una tendenza alla recidiva, uno stato di debolezza, d'irritabilità ed in genere una resistenza minore alle influenze nocive.

Se avviene la morte, la putrefazione è sollecita; macchie livide abbondanti e qualche volta vere ecchimosi sul corpo. Iperemia del cuoio capelluto, nulla nel cervello e nelle membrane, talvolta un po' d' iniezione venosa in queste ultime e poca sierosità sottoaracnoidale, e nei ventricoli. Polmoni turgidi di sangue, alquanto siero nella pleure e nel pericardio; cuore sinistro quasi vuoto; globuli sanguigni più o meno scuri ma sformati, organi addominali spesso iperemici, follicoli solitarii dell'intestino talvolta ingorgati.

Alla funesta malattia, continua il Posfaner, sono specialmente soggetti i soldati nel marciare sotto il sole, carichi le spalle e stretti nella militare divisa. Presi dal colpo di sole, *cadono come mosche*, per usare l'espressione d'un generale che fece tutte le campagne d'Italia del secolo volgente.

Rispetto alla cura, dice il Pasfaner, il salasso è dannosissimo; i medici dell'India trasportano il malato in piena aria, lo spruzzano d'acqua fredda, ne frizionano il corpo, massime le estremità. Con questi mezzi si abbassa la temperatura, si attivano la perspirazione e la circolazione. Cita il D.r Cark, che suggerisce la respirazione artificiale col metodo di Hall. All' interno consiglia gli

Digitized by Google

eccitanti. Raccomanda che ogni soccorso sia dato sollecitamente.

Il D.r Rothmund riguarda l'insieme delle sofferenze che provano i soldati colpiti da insolazione durante le marcie come uno stato iperemico, asfitico od apopletico, congiunto ad iperemia del cervello e dei polmoni; fenomeni dipendenti, egli scrisse, dalla maggior produzione di acido carbonico nel sangue in seguito alla fatica, dalla temperatura aumentata del corpo, dalla respirazione di un'aria cattiva e polverosa. Tutto ciò, prosegue l'Autore, produce ispessimento del sangue. Il primo effetto è una congestione cerebrale che può arrivare sin all'emorragia ed alla meningite. Quei che ne sono colpiti si trascinano a stento, si reggono malamente in piedi, il sudore è cessato, la pelle è calda, la respirazione affannosa; finalmente hanno crampi, stramazzano a terra, e perdono la coscienza. Se la insolazione è leggiera non si ha altro che debolezza generale, dolor di testa, sussurro negli orecchi, ambascia di respiro, tendenza al vomito, i quali fatti, perdurando la causa, ponno aumentare.

Il riposo, lo scaricare il faldello, il rinfrescarsi con acqua, i fomenti freddi sul capo bastano a togliere questi sintomi.

Alla necroscopia degli individui morti per insolazione il Dott. Rothmund trovò grande ispessimento della massa sanguigna, le membrane sierose mancanti di siero, la qual cosa denota gran perdita d'acqua (*Mediz chirurg. Rundschan*, marzo ed aprile 1874).

Il Dr Lacassagne distingue in ragione della gravezza loro i colpi di sole di primo, secondo e terzo grado.

Primo grado — In seguito ad una rivista di 40,000 soldati ch'ebbe luogo nelle vicinanze di Parigi il 1° luglio 1877, durante una giornata magnifica ed eccessivamente calda, la sera istessa entrarono nello scomparto ospitaliero

Digitized by Google

diretto dal Dr Lacassagne parecchi militari colpiti da insolazione, fra i quali 17 uomini, tutti giovani e ben portanti, che avevano al più tre anni di servizio e presentavano il colpo di sole in primo grado, ma con tre forme differenti;

a) La forma asfitica (4 casi). Questa forma, scrisse il Lacassagne, comincia con istanchezza, debolezza negl'arti inferiori; si aggiungono dolori al petto, la respirazione diventa difficile; poi, dispnea, impossibilità di stare in piedi, senso di soffocazione, indi la sincope. Apparisce la schiuma alla bocca, il volto è congesto, i vasi cutanei son turgidi; è un principio d'asfissia.

b) Forma principale (10 casi). In questa forma, che fu la più frequente, l'uomo cade a terra tutto d'un tratto, e talvolta anche nel bel mezzo d'una conversazione. Taluno, dopo di essere stato rialzato, riprende il suo posto nelle file, poi ricade una seconda volta. Vi è allora dolore al petto, ma non tosse, non espettorazione, poca dispnea, pallore estremo del volto, grave abbattimento.

c) Forma mista (3 casi). Stanchezza, dolore di testa; l'uomo ha sete d'aria, la bocca asciutta, a momenti gli pare di svenire, il bagaglio lo impiccia sempre più, lo zaino gli sembra oltremodo pesante, sentesi oppresso.

Questi tre malati ebbero precisamente questo stato vago ed indefinibile della sincope minacciante. Condotti all'ambulanza e spogliati del bagaglio e dei vestiti subito migliorarono.

In tutti i casi, quando i malati possono godere un pò di sonno, questo è sommamente riparatore. Quattro ammalati ebbero un vero dolore epigastrico, tutti provarono gran bisogno d'orinare. La temperatura del corpo non fu presa.

2° *Grado* — Nei due casi esposti dal Dr. Lacassagne l'azione del sole si fe' sentire sull'encefalo; e queste due

Digitized by Google

osservazioni mostrano l'estrema gravezza dei colpi di sole al secondo grado, lorchè incolgono organismi d'una grande impressionabilità nervosa. In uno di questi casi seguì per alcuni giorni febbre vivissima con ostinata costipazione.

3° *Grado* — Nel colpo di sole al terzo grado i sintomi furono tosto gravissimi e successe la morte rapidissimamente in due casi.

L'autopsia di questi due uomini fece trovare: nel primo una congestione polmonare molto intensa ed estesa congestione delle meningi con focolai apoplettici nel tessuto cerebrale; nell'altro, simili alterazioni, congestione polmonare e congestione encefalica, con focolai apoplettici disseminati, ecchimosi sulla pia madre e punteggiature.

Fra le conseguenze del colpo di sole il D^r^ Lacassagne annovera la costipazione, ovvero i vomiti e numerosi disturbi nella secrezione delle glandule intestinali. Frequentemente si manifesta uno stato febbrile passeggiero ed anche emottisi e congestioni polmonari.

Rispetto alla cura, il D^r^ Lacassagne consiglia nel colpo di sole in primo grado l'applicazione del freddo sulla testa, il riposo in luogo ombreggiato e fresco, in qualche caso una pozione cordiale. Contro le lipotimie i rinfrescanti ed i corroboranti. Contro le sincopi, asperzioni di acqua fresca, frizioni all'epigastrio, istillamento delle fauci. Contro il coma un salasso locale e generale *(Gaz. des hôpitaux*, 18 ottobre 1877*)*.

A dare un concetto vieppiù chiaro della malattia in discorso, citeremo dettagliatamente anche un caso di colpo di sole osservato dal Dott. Ullmann.

Il sottofficiale Giorgio Höffler, di 20 anni, a costituzione robusta, non dato a sregolatezze, in seguito a marcie e ad esercizii militari sostenuti assieme a 60 suoi compagni l'8 giugno 1876, dalle 6.30 antim. alle 1 $^1/_2$ pom., benchè

Digitized by Google

intercalati da alcuni riposi all'ombra, essendo la giornata calda e sciroccale, al suo ritorno in caserma cadde immediatamente privo di sensi, vomitò un liquido bilioso, cominciò a dimenar mani e piedi, onde fu trasportato all'ospedale. Durante il ritorno dagli esercizi, i compagni dell'Höffler, essi pure affraliti dal caldo soffocante, avevano notato che questi non camminava al paro degli altri, ma rimaneva indietro.

Le condizioni atmosferiche di quella giornata ed in quella località erano:

	alle 7 mattina	alle 2 pom	alle 9 sera
Barometro	325.26m	324.36m	323.01m
Temperatura R. . . .	15°.3	20°.3	15°.1
Pressione atmosferica	6.1m	5.6m	6.1m
Cielo sereno . .		nuvoloso	legg. c°.
Direzione dei venti .	N.O.1	N.O.2	

Da tre giorni minacciava temporale che scoppiò il giorno dopo.

Un'ora dopo la perdita dei sensi, cioè alle 2 1/2 pom. dell'8 giugno 1876, il Dott. Ulmann visitò l'Höffler ch'era pallidissimo, con ambe le pupille dilatate ed inerti; i singoli muscoli del volto, particolarmente gli orbicolari delle palpebre, l'elevatore del labbro superiore e della pinna nasale, i zigomatici, erano presi da convulsioni quasi costanti. Assenza di sensi, ed alla domanda come si chiamasse, l'Höffler disse il proprio nome, che ripeteva come invariabile risposta a qualsiasi altra interrogazione. La lingua era asciutta, ma non impaniata, il paziente gesticolava molto colle mani e dava talora coi piedi colpi da furibondo, specialmente quando trattavasi di tenerglieli fermi, essendo preso contemporaneamente da tremito negli arti inferiori; non si ebbero paralisi delle estremità; vomitava un liquido bilioso verde, ed evacuò involonta-

Digitized by Google

riamente nel letto materia liquida ; la temperatura della pelle era alta, benchè non si potesse precisare al momento non avendosi pronto un termometro. Polso piccolo, a 128 battiti; l'esame obbiettivo del petto non presentava alcuna anomalia ; facoltà digestive difficili, non però abolite.

Terapia, fomenti ghiacciati al capo, ghiaccio internamente, senapismi al petto. L'ammalato rientrò in sè per qualche momento ; alle 4 e mezzo il polso era piccolissimo e frequente, difficile a contare ; la respirazione pure molto frequente e superficiale, assenza completa dei sensi, aspetto cianotico ; la temperatura nell'ano 42°.6, evacuazione alvina involontaria. Si passò all' inviluppo freddo alternato con bagnature fredde; internamente dei cucchiai di vino Bordeaux e ghiaccio ; respirazione artificiale che fu continuata con lievissime interruzioni sino all'ultimo ; iniezioni sottocutanee di clinio (0. 6 in acqua stillata 8. 0, ac. soforico di l. q. b.); se ne iniettarono quattro siringhe di Pravaz in una volta.

Alle 5 e mezzo, aumento nell'irrequietezza generale e nella convulsione dei muscoli facciali; dilatazione delle pupille con inerzia completa; polso impercettibile alla radiale, percettibile soltanto alla crurale; chiaro il battito del cuore, i suoni di esso più chiari e nitidi. Temp. 41°,5, alle bagnature fredde seguiva qualche reazione e qualche leggerissimo segno di ritorno dei sensi. Poco dopo subentrò un completo sudore, durante il quale fu continuato il vino a cucchiaiate. All' aspetto cianotico era succeduto un colore pallidissimo del volto, alle 6 la temp.

Digitized by Google

era di 39°, 3; alle 7 di 37°, 3. La respirazione sospesa; alle 8 e mezza avvenne la morte per paralisi cardiaca.

All'autopsia, fatta 20 ore dopo la morte, si rilevò forte costituzione, muscoli assai bene sviluppati; rigidità cadaverica molto pronunciata, moltissime macchie cadaveriche.

Cavità del cranio. — Seno longitudinale vuoto; sulla convessità del cervello, lungo il gran solco, alcune alterazioni circoscritte e pressioni all'aracnoide di vecchia data, con siero torbido recentemente raccolto negli spazii subaracnoidei; la dura e pia meninge un po' ingrossata, ma di facile rimozione anche nei punti accennati; il cervello di consistenza normale, senz'aumento di sangue; i ventricoli laterali in alcuni punti suffusi di sangue e contenenti moderata quantità di siero sanguigno.

Cavità del petto. — Polmone sinistro contenente aria, molto ricco di sangue; inciso in vario senso mostravasi di color rosso mattone e frammezzato da isole più o meno grandi di color rosso scuro, da cui scaturiva abbondante sangue scuro e liquido; il polmone destro nelle stesse condizioni del sinistro, colla differenza che il lobo posteriore inferiore era della grossezza di circa 1 cent., e il color rosso scuro molto diffuso: come pure l'infiltrazione ipostatica assai pronunciata. Del resto, il polmone conteneva aria dappertutto e dalle singole incisioni gemeva liquido sanguigno sieroso; il peritoneo non conteneva siero.

(Continua).

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 32ª settimana

dal 4 al 10 luglio 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot
Debolezza, anomalie, deformità congenite	2	4	6	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	3	7	10
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	2	3	» sifilitiche	»	1	1
Convulsioni, elmintiasi	1	»	1	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	2	1	3	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	2	2	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	2	2	4	» scirrose, cancerose	»	»	»
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	1	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	5	4	9	TOTALE	33	54	87
» miliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	10	11	21
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	2	3				
Avvelenamenti diversi	»	»	»	TOTALE nella 32ª settim.ma	43	65	108
Asfissie	»	»	»	» nelle settim.e precedenti	2346	2344	4690
Malattie dell'appar.o respiratorio	»	5	5				
» dell'apparato dell'alimentazione	10	15	25				
» dell'app.o cardio-vasale	»	2	2	TOTALE complessivo	2389	2409	4798
» del sistema nervoso	6	5	11				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2083	2137	4220
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 32ª settimana	71	77	148	4	2	6
Nelle precedenti	2143	1928	4071	178	116	294
TOTALE COMPLESSIVO	2214	2005	4219	182	118	300

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 2 agosto 1878.

Presidenza **Gamba.**

Letto ed approvato il Verbale della seduta antecedente, il Segretario generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Abeille *Dott.* — *Fibromes interstitiels de l'utérus.* Paris, 1878.

Atti della Reale Accademia delle Scienze di Torino; vol. XIII, disp. 5ª. Torino, 1878.

Atti della Reale Accademia dei Lincei, anno CCLXXV, 1877-78, serie terza, transunti vol. II. Roma, 1878.

Carruccio *Prof.* Antonio — *Notizie sui lavori ed incrementi del Gabinetto anatomo-zoologico e catalogo metodico della nuova collezione d'Anatomia comparata.* Modena, 1878.

Coletti *Prof.* Ferdinando — *Nuova farmacopea militare.* Padova, 1878 (Estratto dalla *Gazzetta Medica Italiana*, Provincie Venete).

De-Albertis *Dott.* Orazio — *Studi di chirurgia e anatomia patologica.* Genova, 1878 (Estratto dalla *Gazzetta degli Ospedali*).

Giacomini *Prof.* Carlo — *Nuovo processo per la conservazione del cervello.* Torino, 1878.

Macari *Prof.* Francesco — *Regia Clinica ostetrica di Modena*, anno Accademico 1877-78. Modena, 1878 (Estratto dallo *Spallanzani*).

Miraglia *Dott.* Biagio — *Sul talento della musica*, conferenza frenologica. Napoli, 1878.

Pavesi *Cav.* Carlo — *Nozioni di igiene popolare.* Mortara, 1878.

Digitized by Google

Ripa *Dott.* Luigi — *La medicina comunale o la civiltà igienica*, anno XVIII (agosto). Seregno, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico statistico della città di Torino*, N. 28, 29. Torino, 1878.

Vitantonio *Dott.* Giampietro — *Meningite cerebro-spinale epidemica*. Napoli, 1875 (Estratto dal *Morgagni*).

Id. — *Intorno ad una epidemia di febbri intermittenti*. Napoli, 1872 (Estratto dallo *Sperimentale*).

Id. — *Il salasso nella febbre*. Milano, 1872 (Estratto dalla *Gazzetta Medica Lombarda*).

Id. — *Sul diabete mellito*.

Id. — *Gangrena pulmonale*. Genova (Estratto dalla *Salute*)

Id. — *Risposta ad una nota critica del Dott. Domenico Franco, sulla memoria la febbre reumatica ed il tifismo moderno*.

Id. — *Diarrea cronica de' fanciulli, e sua cura*. Genova, 1877 (Estratto dalla *Salute*).

Id. — *Osservazioni cliniche*. Genova, 1874 (Estratto dalla *Salute*).

Id. — *L'isterismo*. Genova (Estratto dalla *Liguria medica*).

Id. — *L'ileo-tifo*. Napoli, 1875 (Estratto dalla *Salute*).

Id. — *Alcune osservazioni pratiche intorno alla zona, alla porpora emorragica, alla perniciosa, alla tifoidea da infezione malarica complicata*. Roma, 1877 (Estratto dall'*Archivio clinico di Roma*).

Id. — *Poche osservazioni sulla pulmonite miasmatica palustre*. Firenze, 1875 (Estratto dallo *Sperimentale*).

Id. — *Caso di polidipsia e polituria per amenia, guarito col ferro*. Bologna, 1873 (Estratto dalla *Rivista clinica di Bologna*).

Id. — *La febbre reumatica ed il tifismo moderno*. Napoli, 1877.

Id. — 1° *Lettera all'illustre Prof. Polli di Milano;*
2° *Breve relazione sul cholera;*
3° *Sulla febbre periodica complicata*. Napoli, 1868.

Id. — *Nota sul tifo petecchiale*. Napoli, 1868.

Id. — *Intorno a taluni morbi acuti-febbrili di forma periodica, ecc.* Napoli, 1875 (Estratto dalla *Salute*).

Id. — *L'erpete e lo sciroppo antierpetico, ecc.*

Id. — *Elenco delle ultime pubblicazioni mediche*. Napoli, 1878.

Digitized by Google

A termini del Regolamento l'Accademia procede alla nomina del Comitato per le ferie. Riescono eletti Gamba, Giacomini, Martorelli, Olivetti, Peyrani.

In seduta del 2 agosto il Socio **Giacomini** chiama l'attenzione dell'Accademia sopra due fatti fra i molti che ebbe occasione di riscontrare nell'anatomizzare due donne negre, madre e figlia provenienti dall'Abissinia. Il primo fatto sta nella scoperta di una cartilagine nella piega semi-lunare o terza palpebra. Questa cartilagine esiste ben sviluppata in alcuni mammiferi inferiori, ma non era ammessa la sua esistenza nelle scimmie in generale e nell'uomo, dove la piega semi-lunare sarebbe costituita da una ripiegatura della congiuntiva con interposto tessuto connettivo compatto. Ora il Socio Giacomini avendo esaminato al microscopio sezioni trasversali della piega semi-lunare di un Orang, di due Cercopitechi e di un Cinocefalo, in tutti trovò una piccola cartilagine quadrilatera, simile a quella riscontrata nelle due donne more.

Dalla costanza e regolarità con cui si presenta questa cartilagine nelle scimmie, l'Autore fu indotto a ricercare se essa non si riscontrasse qualche volta anche nell'uomo di razza bianca. Attualmente egli ha esaminato 320 occhi di 160 individui, e su di essi riscontrò una sola volta la detta cartilagine colle medesime disposizioni e rapporti che aveva nelle due donne more.

È questo una particolarità di non lieve interesse per l'anatomia comparata delle razze umane.

Il secondo fatto comunicato all'Accademia consiste nell'aver riscontrato la presenza di ovuli in via di sviluppo nell'ovaio della mora di due anni. È generalmente ammesso che lo strato ovigeno dell'ovaio rimanga inerte dalla nascita fino all'epoca della pubertà, nel qual momento alcuni ovuli cominciano a svilupparsi per divenire poi follicoli di Graaf.

Nell'ovaio di questa piccola mora molti ovuli si trovano a diversi gradi di sviluppo, dal primo stadio fino al follicolo di Graaf vicino a maturità. Esaminati attentamente la tromba Falloppiana, l'utero e la vagina, questi organi si trovarono nelle condizioni normali, il che dimostra come essi non prendessero parte all'attività funzionale dell'ovaio. Questo fatto concorrerebbe a dimo-

Digitized by Google

strare l'indipendenza delle funzioni dell'ovaio con quella dell'utero.

L'Autore accompagna la sua comunicazione colla presentazione di un gran numero di preparati microscopici, nei quali si osservano le particolarità che egli andò accennando.

La memoria del Socio Giacomini corredata dalle opportune figure verrà pubblicata in uno dei prossimi numeri.

Il **Presidente** ringrazia il Socio Giacomini della sua comunicazione e dà la parola al Socio **Berruti** per la lettura del seguente rapporto:

Sul compendio elementare d'igiene, di morale e di economia domestica, proposto agli alunni delle scuole elementari superiori e serali ed agli operai, per il Dott. Giovanni Targhetta — Torino 1876.

Il libro del Dott. Giovanni Targhetta è un volumetto di pag. 280.

L'incarico di esaminarlo e di farne rapporto all'Accademia mi venne affidato già da parecchi mesi; l'ho letto appena mi è venuto tra le mani, ma poi son rimasto indeciso se dovessi o no farne rapporto, essendomi paruto a prima vista libro tutt'altro che lodevole. Se finalmente ho conchiuso doverne tener parola in seno a quest'Accademia, si è per la considerazione che avendo l'Autore liberamente presentato il suo libro all'Accademia, è cosa giusta che liberamente possa questa dire su di esso il proprio avviso. E non tutti i rapporti bibliografici devono avere a proprio fondamento la lode.

Un libro d'igiene, fatto per gli alunni delle scuole e per gli operai, sarebbe cosa eccellente, quando in forma semplice esponesse verità scientifiche e pratiche. Ma tale non si può dire il libro del Dott. Targhetta, inquantochè

Digitized by Google

è seminato di tanti errori che meglio sarebbe non fosse mai stato scritto — e più ancora che non fosse mai stato scritto da un medico.

Nell'*introduzione* allo studio dell'igiene, l'Autore incomincia col dichiarare che l'uomo risulta formato di due parti essenzialmente distinte fra di loro, l'*anima* ed il *corpo*: che l'unione dell'anima al corpo costituisce la vita, la sua separazione produce la morte; che entrambi tali parti possono *guastarsi*, *ammalare*.

Le parti principali che compongono il corpo umano sono, secondo l'A., le ossa, i muscoli, i nervi, il sangue ed i visceri.

Le ossa col loro insieme costituiscono il sistema osseo, il quale, secondo l'Autore, *spogliato di tutte le parti molli* e fissato per mezzo dei suoi legamenti naturali o di *fili metallici* costituisce lo scheletro.

Cosicchè, secondo il Dott. Targhetta, noi che abbiamo le ossa vestite di parti molli non abbiamo scheletro!

Passando alle parti dello scheletro egli ha scritto quanto segue delle ossa della faccia:

« La faccia consiste nella mandibola superiore e nella « inferiore, la superiore *si compone di tre ossi*, l'inferiore « di un solo ».

L'Autore, con un colpo di penna, ha nientemeno che abolito dieci ossa della faccia!

Una peregrina informazione è quella che l'Autore ci dà relativamente al petto o torace. Dopo di aver detto che dalla disposizione delle coste e dello sterno ne risulta una vera gabbia, che ha l'aspetto di un cono tronco colla base in basso e l'apice superiormente, aggiunge:

« Codesta grande cavità viene divisa in due da un tra- « mezzo membrano (sic) detto diaframma; nella cavità « superiore si contengono il cuore, ed i polmoni; nell'in- « feriore il fegato a destra, la milza a sinistra, il ventri- « colo e le intestine nel mezzo e più anteriormente ».

Digitized by Google

Non meno curiose sono le funzioni attribuite alle estremità.

Secondo il Dott. Targhetta: « I membri toracici sono « incaricati di eseguire i movimenti più estesi ed in ogni « direzione, gli addominali sono incaricati di sorreggere « il corpo e di trasportarlo da un luogo all'altro ».

Che le estremità non facciano altro?

Parlando dei muscoli, *organi poco sensibili ma molto contrattili*, l'Autore dice che « la contrattilità è una spe- « ciale funzione dei muscoli, la quale li pone in grado di « *raccorciarsi* e *rinserrarsi* in loro stessi dopo di essere « stati *stesi* ». Chi ne capisce è bravo! — è invero un poco difficile comprendere come si rinserri in se stesso un muscolo che nella contrazione si rigonfia.

E aggiunge ancora:

« I muscoli s'attaccano solidamente per una delle loro « estremità ad un osso, per l'altra estremità ad un altro « osso. Una di queste estremità è fissa, l'altra è mobile».

Non par vero che un medico abbia un tale concetto della posizione dei muscoli: non par vero ch'egli creda i muscoli tutti forniti di soli due capi e tutti attaccati a due ossa. Non par vero ch'egli insegni agli scolari ed agli operai in modo da far loro credere che i muscoli abbiano un'estremità sempre fissa ed un'altra estremità sempre mobile.

Le nozioni anatomiche date dall'autore si chiudono con queste: che nelle grandi cavità del nostro corpo sono contenuti gli apparecchi della digestione, della respirazione, delle secrezioni e *della generazione* (p. 21).

Nel capitolo 1° della prima parte e del capo primo l'autore tratta dell'aria atmosferica che definisce così:

« L'atmosfera od aria atmosferica è quello spazio nel « quale ci è possibile vivere, dessa è costituita da un

Digitized by Google

« fluido pesante, il quale avviluppa la terra sino ad un'al-
« tezza di oltre sessantamila metri circa ».

Cosichè secondo il Dott. Targhetta noi possiamo vivere almeno a 60,000 metri di altezza dalla superficie della terra! ed è strana l'idea di uno spazio costituito da un fluido pesante, quasichè tolto il fluido pesante lo spazio non esistesse più.

Accennando alla respirazione egli dice che: « il sangue « che si esaurisce continuamente per il fenomeno della « *nutrizione* degli organi del nostro corpo, viene rigene- « rato per un altro fenomeno, quello della *nutrizione* ». La nutrizione esaurisce e rigenera!!

Dal polmone il sangue ritorna al cuore mediante *un terzo ordine di vasi!* Secondo Targhetta vi hanno nei polmoni diversi ordini di vasi cioè *la trachea ed i bronchi, le vene e le arterie*; è per lo meno idea nuova che la trachea sia un vaso.

L'aria posta dalla divina Provvidenza a rappresentare una parte così importante nella vita dell'uomo e *delle cose create*, secondo Targhetta dev'essere pura, non alterata da sostanza alcuna: epperciò, egli dice, torna nociva nelle seguenti circostanze:

« 1° Per l'aumentata o diminuita sua densità..... 6° quando si trovi in moto esagerato ». Quasichè la densità dell'aria, od il suo movimento sieno dipendenti dalla presenza di sostanze estranee. Quasichè l'aria alterata sia proprio nociva a tutte le *cose create*.

L'influenza della pressione dell'aria l'autore la fa dipendere tutta dalle diverse quantità di ossigeno che l'aria densa o rarefatta porta ai polmoni.

Aggiunge però « nelle circostanze in cui l'uomo vive esso « trovasi difficilmente in caso di subire gli effetti prodotti « da un aumento esagerato di pressione, poichè difficil- « mente arriva a discendere di 500, 600 metri dal livello

Digitized by Google

« del mare, epperò non merita che noi ne facciamo pa-
« rola » (pag. 28).

Il Dott. Targhetta non ha pensato che senza arrivare a discendere 500, 600 metri dal livello del mare l'uomo si può trovare assoggettato ad una pressione atmosferica molto aumentata in confronto della pressione normale. Non ha pensato che alcuni lavori che richiedono l'opera di molti operai si devono compiere al disotto del livello del mare, e non si possono eseguire che in atmosfera a pressione anche artificialmente molto accresciuta e che perciò l'igiene non deve trascurare lo studio dell'influenza dell'aria condensata.

Ma questi non sono gli errori più grossi che si incontrano nel libro del Dott. Targhetta.

Parlando dell'aria inquinata da gaz acido carbonico, egli dice che il gaz acido carbonico « si sviluppa in natura dai crateri dei vulcani semispenti, dall'incompleta combustione del carbone, dalla fermentazione dell'uva, dell'insalata, delle foglie di gelso....

Lasciando a parte la fermentazione dell'insalata, in conseguenza dell'erronea idea che l'acido carbonico si sviluppi particolarmente dalla combustione incompleta del carbone, il Dott. Targhetta è tratto ad una *regola igienica* non soltanto erronea, ma praticamente pericolosa.

Egli dichiara che: « Onde ovviare ai danni che pos-
« sono derivare dall'azione del gaz acido carbonico che
« si sviluppa dal carbone nel principio della sua com-
« bustione basta non introdurlo in camera ristretta e
« senza camino prima che esso sia completamente ac-
« ceso » (pag. 30).

È vero che in tal modo non si avranno i danni dell'acido carbonico svolto *in principio* della combustione del carbone; non si avranno quelli dello stesso gaz svolto nel seguito della stessa combustione, essendo contrario

Digitized by Google

al vero il dire che il carbone completamente acceso, non produce acido carbonico. Il Dott. Targhetta non fa che ripetere un errore volgare a danno degli scuolari e degli operai, ai quali ha dedicato il suo libro.

Nel capitolo sul calorico, l'Autore dice « buoni conduttori quelle sostanze che hanno la proprietà di *ritenere* ed *emettere* facilmente il calorico! » ritenere ed emettere al tempo stesso!!

Relativamente all'elettricità egli dice che operando *a distanza* su di noi, essa cagiona una scossa, un commovimento che può essere seguìto da ferite, contusioni, abbruciature e paralisi, e che quando ci colpisce direttamente essa uccide sull'istante » Non par vero che un Medico abbia un tale concetto sull'azione dell'elettricità!

È assai strano il modo di definire il *Magnetismo terrestre* usato dall'Autore: egli così si esprime:

« V'ha in natura, nelle miniere, una varietà di ferro, « la quale ha il potere di attrarre a sè altro ferro a « cui trsmette pure la proprietà magnetica di attra- « zione. Questa varietà di ferro è conosciuta col nome « di calamita, ferro magnetico, o *Magnetismo terrestre* ». Secondo il Dott. Targhetta il Magnetismo terrestre è una varietà di ferro!!

Ma questo non deve stupire trovandosi nel suo libro la peregrina notizia che *il giorno e le notti sono dovute alla rivoluzione completa che fa nelle* 24 *ore il nostro pianeta attorno al sole.*

Fin qui non ho percorso che il capo 1° della prima parte del volumetto pubblicato dal Dott. Targhetta e da esso presentato a questa Accademia, io non credo necessario andar più innanzi per dimostrare che, se l'ho qualificato *tutt'altro che lodevole*, non l'ho fatto senza ragione.

Digitized by Google

A mio avviso l'Accademia che annunziò il libro del Dott. Targhetta fra quelli che le furono presentati non può esimersi dal francamente dichiarare che desso non raggiunge lo scopo che l'Autore si propose, imperocchè agli alunni delle scuole ed agli operai sia cosa sommamente nocevole il mettere innanzi nozioni d'igiene sbagliate intieramente, tutt'altro che appoggiate alla scienza. E che vieppiù rincrescevole riesce che un libro di tal genere e di tali qualità sia opera di un medico.

Il **Presidente** dopo aver ringraziato il Socio Berruti, augura buone vacanze ai Soci e chiude l'anno accademico.

Il Presidente **Gamba.**

Per il Segretario part. **Colomiatti.**

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

ALTRO CASO DI ESTIRPAZIONE COMPLETA DI GOZZO PARENCHIMATOSO
GUARIGIONE

Nota clinica del Prof. ***E. Bottini***

Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino il 7 giugno 1878

Siccome ebbi a prevenire nella precedente comunicazione, mi si offerse tosto la opportunità di ripetere la esportazione di un voluminoso gozzo mercè la legatura preliminare, ed ora mi compiaccio nel riferire a Voi come procedette l'operazione, e quale ne fu il risultato.

Digitized by Google

Il mio assistente Dott. Bajardi nell'*Osservatore delle Cliniche* con nota preventiva ebbe già a riferire in modo sommario codesta osservazione, vi aggiungerò quei maggiori particolari che risultano da una descrizione meglio particolareggiata, così interessante in una impresa, si può dire, nuova da noi e tanto grave.

Nella mia prima lettura parlando delle fortunose vicende che travolsero la cura radicale del gozzo, come bene ricorderete, finiva col dire: che, se non era totalmente caduta in oblio, era per altro caduta in disuso, tanto minacciosi erano i pericoli della operazione. Soggiunsi pure doversi ai moderni progressi della chirurgia se questa cura venne, non dirò rimessa in onore, ma resa possibile, con sorprendente vantaggio ed insperato bene. Accennando poscia ad una recente statistica pubblicata dal Dottore Süskind, osservava come nella sola Germania dal 1850 in poi si fossero praticate 97 estirpazioni di gozzo, ed un novero non indifferente presso le altre nazioni; l'Italia sola, increscevole il dirlo, nella statistica dello Süskind brillava per la sua assenza.

Vi fu taluno che volle ravvisare in tale asserto una offesa alla verità, rammentando all'uopo un caso operato dall'illustre Prof. Rizzoli, caso, il quale provava come anche in Italia tale operazione non fosse stata trascurata.

Ebbi sempre l'ambizione, non dirò di ricordare, ma di mettere in risalto tutto quanto si fa da noi, senza però cadere nel vano, magnificandolo con studiate iperboli, a guisa di una *sorpresa caldeisopica*.

Ricordiamoci, o Signori, che le esagerazioni, in luogo di approvare, *disapprovano*.

Il caso, che avrei omesso di accennare, trovasi infatti riferito a pag. 12 del 1° volume delle memorie

Digitized by Google

chirurgiche del nostro valente ed ardito Chirurgo, che io al pari, se non meglio d'ogni altro, altamente stimo ed ammiro, cui anzi vo lieto di tributare singolare considerazione.

La osservazione porta per titolo — *Gozzo sottosternale da tessuto erettile operato colla legatura del tumore* — e venne riferita alla Società medico-chirurgica Bolognese nella seduta del 13 aprile 1845.

Riguarda la storia clinica di certa Gesualda Verri, d'anni 27, colpita da accessi di asma soffocativo, da non poter inghiottire alcuna sorta di cibo e di bevanda. Chi voleva derivare tanta miseria da gozzo voluminoso, chi da viziata organica alterazione dell'esofago, chi incolpava una spasmodica affezione isterica.

Questa donna, nata e sviluppatasi regolarmente, dopo il terzo parto venne presa da tumidezza gutturale, che con molta celerità degenerava in gozzo voluminoso, e qui cedo per intiero la parola al Dottore Rasi.

« Furono in sulle prime posti in prova alcuni me-
« dicamenti accreditati e fra i quali internamente la
« spugna bruciata, ed esternamente la pomata satura
« d'idriodato di potassa. I quali rimedi, tuttochè fos-
« sero usati lungamente, non produssero alcun buon
« effetto e quel gozzo crebbe sempre di mole, e, ciò
« che più conta, incominciò per esso a manifestarsi
« stentato il respiro, e la deglutizione. Allora fu che
« tanti altri rimedi, e cento altre volgari ridicole
« prescrizioni furono da altri medici e da idiote per-
« sone indicate, ma sempre senza alcun degno però.
« Chè il male, crescendo di giorno in giorno, e dive-
« nuta quella infelice consunta e disfatta, arrivò a
« quell'estremo di vita che superiormente notai.

Digitized by Google

« Per tutto quanto ho detto e per molte altre mi-
« nute indagini, che tralascio per non allontanarmi
« di troppo, appariva chiaro, che la prima cagione,
« ed unica della prossima morte della Verri era quel
« voluminoso gozzo. Se non che la grossezza e la ra-
« pidità del suo sviluppo, il colore, la tensione e re-
« sistenza di lui e più ancora la inutilità dei rimedi,
« non che atti a frenare, ma a risolvere quella ma-
« lattia, mi davano dubbiezza nell'animo che quel tu-
« more non fosse il gozzo comune. Avvegnachè la po-
« mata con l'idriodato di potassa, usata con regolare
« perseveranza, appena si manifesta il vero gozzo, io
« sono da tanti prosperi fatti assicurato, che ella è un
« rimedio atto a frenarlo e spessissimo a risolverlo:
« ma che nel caso nostro inutilmente e regolarmente
« si era praticata. Desiderai quindi che un esperto
« Chirurgo ascoltasse tali pensamenti ed analizzasse
« meco quell'inferma, al cui fine pregai l'amico Prof.
« *Francesco Rizzoli*, che volonteroso mi compiacque
« subito.

« Dopo un maturo esame, approvò egli le riflessioni
« da me annunziate, e pensando alla rapida evolu-
« zione del tumore, alla di lui tensione e resistenza,
« e ad un battito o fremito particolare che per entro
« al medesimo sentivasi, dubitò che si trattasse di
« quella specie di gozzo che *Filippo Walther* chiama
« aneurismatico. Con molta facilità poi spiegava il
« collega, in qual modo il tumore originava quei fu-
« nestissimi avvenimenti, avvegnachè la porzione in-
« feriore di esso tumore, che era molto voluminosa,
« lungi dallo sporgere in fuori, rimaneva nascosta
« dietro allo sternò, in conseguenza di che veniva
« fortemente compressa la trachea. Quindi l'unico
« mezzo che poteva togliere quella compressione che

Digitized by Google

« tanti pericoli cagionava, era la demolizione pronta « del tumore. Ed io stimo lodatissimo divisamento « quello di operare, che rimanersi neghittosi in casi « di simile fatta. Che se il Rizzoli avesse seguìta la « opinione di molti, e si fosse spaventato per la consun- « zione in cui era l'inferma, nè avesse badato a molte « altre cose le quali or ora dirò, non avrebbe il vanto « di aver salvata dalla morte quella misera madre.

« Se non che egli, oltre le accennate cose, le quali « per se sole bastavano a stabilire necessaria la ope- « razione, si fidò ragionevolmente, nella buona pro- « venienza, nella gioventù, e nella manifesta sanis- « sima costituzione di lei. Nè lo impaurì d'altra parte « lo sfinimento in cui si trovava l'inferma, chè tolto « quel meccanico ostacolo la respirazione e la deglu- « tizione avrebbero avuto luogo, e la riparazione sa- « rebbe stata pronta e sicura.

« All'annunzio di una tale determinazione, nacquero « nell'animo dell'infelice donna le più lusinghiere « speranze; e certamente nessuno vide mai un indi- « viduo all'estremo del suo vivere come ella trovavasi, « risorgere a tanta forza d'animo, a tante speranze « come lei. E dimostrandolo col gesto più che colle « parole, che da tanto non era capace, statuì di farsi « tosto operare e finire quel dolore o la vita. Ondechè « si deliberò che al dì veniente sarebbe fatta l'opera- « zione di cui ella fu lietissima oltre ogni credere. « Pertanto la mattina del dì veniente il prof. Rizzoli « alla presenza dei colleghi ed amici dottor *Vincenzo* « *Ricani*, e Dott. *Quinto Macchiavelli*, da me invitati, « operò nel modo che segue.

« Collocata la donna in positura orizzontale sopra « di un letto, fece il Rizzoli una incisione negli inte- « gumenti che rivestivano anteriormente il tumore

Digitized by Google

« cominciandola al disopra e nella parte media della « cartilagine cricoide ed estendendola longitudinal- « mente in basso fino allo sterno. Inciso pure nello « stesso modo il muscolo pellicciaio ed i sottoposti « strati cellulosi, potè allora allontanare col dito i « muscoli sterno-ioidei, e gli sterno-tiroidei, nel qual « modo mise allo scoperto quasi tutta la faccia ante- « riore del tumore, il quale si presentò coperto da « denso tessuto fibro-celluloso. Colla guida dello stesso « dito cercò d'isolare il tumore dagli attacchi cellulosi « che aveva ai lati e posteriormente con le adiacenti « parti e ne trasse fuori quella porzione che rimaneva « sotto allo sterno, la quale esercitava la pericolosis- « sima compressione che ho detto più volte. In allora, « sebbene così operando potesse rilevare, trarre il tu- « more origine dalla ghiandola tiroidea per mezzo di « peduncolo alquanto grosso, tuttavia prima di deter- « minarsi a praticarne o la recisione, o la legatura, « stimò prudente consiglio l'accertarsi se la natura « del tumore era di fatto come l'aveva supposta.

« Della qual cosa ne fu assicurato, sentendo in esso « manifestamente quel fremito che il Walther ci fece « noto verificarsi nel broncocele da lui chiamato aneu- « rismatico, e più ancora praticando in diversi punti « del medesimo col bisturino alcune piccole punture « di saggio, per le quali sgorgò subitamente dalle me- « desime sangue avente tutti i caratteri dell'arterioso. « In seguito di che temendo una mortale emorragia, « qualora avesse avuto ricorso alla recisione, si deter- « minò di eseguire l'allacciatura, la quale praticò cir- « condando con un cordoncino di seta il tumore in « quel tratto che era continuo colla ghiandola tiroide, « che strinse con semplice nodo e con un cappio in « modo da intercettare completamente nel tumore il « circolo del sangue.

Digitized by Google

« Dopo di che, mantenuto il tumore istesso fuori « dello sterno onde impedire la compressione, che era « stata tanto di pericolo per la donna, collocò sulla « ferita un pezzo di tela fina, unta e finestrata, alcune « fila asciutte ed una fascia circolare.

« Fu questa operazione maravigliosamente tollerata, « tant'era la fiducia e la speranza di quella misera. E « questa speranza assai più in lei prese vigore, allor- « chè fatta da poche ore l'operazione ebbe facile il « respiro ed inghiottì con poca pena alcuni sorsi di « mistura ricreante. Alla sera presentatasi la febbre, « sospesi l'indicata mistura e sostituii una bevanda « antiflogistica. Al giorno seguente rinnovai la me- « dicatura in quel modo stesso che il prof. Rizzoli « l'aveva fatta, e solo strinsi un poco mediante un « serranodo il cordoncino. Così nulla più continuai a « fare, insino all'ottavo giorno dopo eseguita l'opera- « zione, in cui mi cadde fra le mani il tumore. Un im- « petuoso getto di sangue, che allora avvenne, forte « m'impaurì, ma riempita tosto la piaga di molte fi- « lacce e praticata con una fascia e con la mano una « leggier compressione, mi accorsi presto che lo « sgorgo del sangue erasi arrestato. Al giorno ap- « presso infatti rinnovai senza niuna perdita sangui- « gna la stessa medicatura, lo che similmente avvenne « in sino alla compiuta guarigione. La quale io vidi « rapidamente accadere, con l'incarnamento quoti- « diano di quell'ampia piaga e con la scomparsa to- « tale dell'affanno di respiro e della stentata degluti- « zione. Per cui sostenuta la misera con brodi e gela- « tine, e poscia con sostanzioso vitto, nel breve corso « di un mese guarì, e tornò in lei a rifiorire l'antica « sanità. Della quale s'è goduta di poi sendo anche « divenuta madre di robustissima e sanissima prole ».

Digitized by Google

Volli citarvi per esteso e fedelmente questa osservazione, tuttochè alquanto prolissa, acciocchè ve ne possiate fare una idea chiara ed esatta, chè altramente facendo con monche citazioni si ha l'aria di offuscare, meglio di chiarire l'argomento, avvantaggiandosi de' soli periodi che ci riescono profittevoli.

Questa impresa che mostra una volta più l'oculato ardire e la somma perizia del chiarissimo prof. Rizzoli, possiamo noi ritenerla per una estirpazione di gozzo, giusta il moderno procedimento? A me sembra di no, e mi spiego. Innanzi tutto è molto dubbio che in quel caso si trattasse di vero gozzo, ed udiste che lo stesso Dott. Rasi ne è peritoso: *mi davano molte dubbiezze nell'animo che quel tumore non fosse il gozzo comune.* Riflessioni dopo maturo esame approvate dallo stesso Professore Rizzoli. Eppoi, anche nella migliore ipotesi, avrebbe demolita non l'intiera ghiandola tiroide, ma un tumore periforme inserto sull'istmo della ghiandola con un peduncolo avente il diametro di due centimetri.

E finalmente il procedimento adoperato puossi dire esportazione di gozzo? Ma nemmeno per ombra, giacchè il gozzo, anche ammettendo che quello fosse un vero gozzo, non venne esportato, ma lasciato in posto a mortificarsi, locchè avvenne solo dopo otto giorni.

Distruzioni più o meno complete di neoplasmi della tiroide, vuoi con setoni, con lacci, vuoi con freccie caustiche ne vennero fatte molte in Italia e coll'ultimo procedimento, sovratutto dal Larghi, ma per ciò non si possono nè si devono comprendere nelle vere e complete esportazioni estemporanee della ghiandola tiroide ipertrofica.

Ma pur volendo concedere sovra tutta la linea ed ammettere che il caso del Prof. Rizzoli, sia un caso

Digitized by Google

conclamato di totale estirpazione di gozzo parenchimatoso, non dell'istmo, ma proprio ad uno de' lobi della ghiandola tiroide, sarebbe il solo caso che potressimo mettere nella statistica dello Süskind, e quando l'Italia venisse rappresentata con una cifra così eloquente, tanto più se messa al riscontro dei 97 casi della Germania, farebbe migliore figura? Notate poi che la statistica dello Süskind comincia dal 1850, mentre il caso del Prof. Rizzoli risale al 1845.

Ricordo di aver *esportati* alcuni di codesti tumori aderenti alla tiroide, ed uno in questo anno stesso nella Clinica, sovra una ragazza d'anni 12, certa Rizzini Teresa di S. Leonardo, ed era un'ipertrofia della piramide di Lalouette giunta al volume di una piccola pera, che macroscopicamente ed istologicamente aveva tutti i caratteri proprii della ghiandola tiroide, ma per ciò non mi è nemmeno venuto pel capo di chiamare tale operazione una estirpazione di gozzo.

Come ogni altro chirurgo Italiano sono tenerissimo pel decoro e prestigio della Chirurgia Nazionale, ma l'amore del Paese non mi abbacina, e quando gli altri sono più intraprendenti, o sanno fare meglio di noi, sento il dovere di dirlo a scopo di nobile e proficua emulazione. I tempi di fare dello *chauvinisme* a qualsiasi prezzo sono passati, l'arte nostra è cosmopolita, ed è al mondiale contributo che deve sì meravigliosi avanzamenti; non cerchiamo di farla intisichire restringendola in angusta ed impropria sfera, abbiamo da questo lato a noi vicini de' tristi esempi, procuriamo di non imitarli. Premesse queste franche ed esplicite dichiarazioni, per coloro che hanno mai potuto dubitare che io fossi immemore delle nazionali conquiste, verrò ad esporvi il caso, che forma l'obietto di questa mia comunicazione.

Digitized by Google

Sarebbe ozioso che con speciale digressione vi ripetessi il già detto nella precedente memoria, che il tempo trascorso è sì breve da rendere questa comunicazione una prosecuzione di quella.

Stoppino Caio Severo d'anni 40, contadino di Godiasco, ricoverò nella Clinica operativa il 9 marzo 1878. Trovatello, non può porgere alcun indizio de' suoi commemorativi gentilizi. Ricorda per altro come nella famiglia che lo accolse vi fossero due individui con gozzo, è poi noto che a Godiasco il broncocele è tutt'altro che raro.

Non sofferse malattie di rilievo, solo accusa d'avere sofferta una lieve blennorragia, quando era soldato, da cui guarì prontamente e perfettamente.

Poco prima del 1876, a suo dire, cominciò ad accorgersi di una tumidezza gutturale che andava sviluppandosi sul lato destro del collo a giusto livello del lobo corrispondente della tiroide. Questa tumidezza si circoscrisse sempre più e raggiunse presto il volume d'una grossa melarancia. Da prima gli dava lievi disturbi, indi coll'ingrandire del tumore le molestie si accentuarono ognora più fino a che non potendole più sopportare oltre, si decise di riparare nella Clinica per averne sollievo.

Al primo vederlo, fig. 1ª, si rimarca tosto sul lato destro del collo un tumore tondeggiante, pari ad una piccola cucurbita, che dall'alto dell'osso joide si protende e addentrasi nella fossetta sternale. La cute che lo riveste è alquanto distesa, d'aspetto inalterato, solo le vene sottogumentali sono oltre misura ingrossate, e ne ha una, che per posizione deve essere la *giugulare anteriore* più grossa dell'indice di un adulto. Il tumore è indolente affatto, ha superficie liscia e marcatamente lobata, si solleva ed abbassa negli atti di

Digitized by Google

deglutizione, è sessile e fortemente adeso ai tessuti sottogiacenti.

Si addossa e sposta a sinistra la trachea, che opprime in modo da rendere malagevole e stentata la respirazione. La ortopnea da tre mesi circa è assai molesta e con aggravio ascendente, ed è quella che costrinse l'infermo a ricorrere a noi, dacchè egli è già fatto presago che non è lontano il giorno in cui l'ambascia nel respiro avrà tocco l'estremo. Il neoplasma si accavalla per modo e con tale risalto sulla trachea da sporgere marcatamente sulla linea mediana del collo, offre in ogni punto consistenza carnea così manifesta, che non sorse nemmeno il dubbio di fare una puntura esplorativa. Venne fatta diagnosi di *adenoma della tiroide* o *gozzo iperplastico*.

Il disagio nella respirazione essendo di molto accentuato, e da breve tempo crescendo ognora più, altalchè il paziente più non poteva attendere ai lavori agricoli, ed anche il parlare gli fruttava ambascia e pena, venne deciso di ricorrere alla cura radicale da effettuarsi colla *esportazione del tumore*.

Nel mattino del 19 marzo trasferito l'infermo nel teatro chirurgico alla presenza della Scuola, previa cloronarcosi venne operato col metodo già descritto nel precedente caso.

La legatura preventiva richiese 54 lacci, di cui la metà sortì col tumore e l'altra, con filo di cat-gut a nodo perduto, venne lasciata in sito.

Tuttochè non sia occorso di vedere un solo spruzzo di sangue arterioso, chè le numerose e grosse arterie vennero doppiamente assicurate, prima di essere divise, non pertanto la perdita di sangue per mero gemitio capillare fu abbastanza considerevole, e ci furono momenti in cui ci ebbe non poco a preoccupare.

Digitized by Google

Il lobo mediano venne isolato con sorprendente rapidità, non così il destro che ricoperto da validi fasci muscolari e conglobato al plesso carotideo per *enucleario* richiese non lieve pena ed un notevole lasso di tempo. Tale bisogna veniva di soverchio angustiata da difetto di spazio per eccessiva brevità della incisione esterna, che non si poteva ampliare davantaggio senza sacrificare le grossissime vene anteriormente descritte.

La ferita venne riunita con sutura attorcigliata e tutta l'operazione eseguita col procedimento antisettico.

Il traumatismo operatorio fu quasi inavvertito, si ebbe solo alla sera della operazione un risalto di mezzo grado nella temperatura, indi più non si rilevarono varianti degne di nota.

Dopo 36 ore, tolti gli spilli, il coalito era perfetto per tutta la soluzione di continuo, meno all'angolo inferiore rimasto beante per la presenza del tubo di drenaggio. In 7ª giornata l'infermo abbandonò il letto, ed il 12 aprile prese commiato dalla Clinica perfettamente guarito, e con una cicatrice lineare così impercettibile, che non si riusciva a discernerla in mezzo alle pieghe naturali del collo. Vedi fig. 2ª.

I due disegni che ho l'onore di presentarvi, dovuti alla matita del bravo studente del 6º corso signor Tansini, ricordano con molta verità di forme e sembianze l'aspetto dello Stoppino prima e dopo l'operazione.

ESAME DEL TUMORE

Il tumore esportato, che ho l'onore di presentarvi, pesa 160 grammi, nel suo massimo diametro misura 10 centim. ed 8 circa nel trasverso, offre inoltre una

Digitized by Google

massima circonferenza di 23 centim. Spaccato nel suo maggior diametro, presenta in ogni punto della sezione aspetto carneo, con tinta roseo-giallastra propria ai contesti ghiandolari. Dalla superficie di sezione spiccano marcatamente molteplici boccuccie beanti di grosse arterie e cospicue vene, che dànno una giusta idea della grande vascolarità del neoplasma. Desso è per ogni dove avviluppato da una fitta e robusta buccia fibrosa, alla estremità inferiore si notò un piccolo lobo che ricorda il lobo succentoriato della tiroide.

Il disegno ad acquerello che Vi presento, ricorda con tutta fedeltà lo spaccato del tumore, ritratto dal disegnatore della Clinica breve ora dopo l'operazione.

L'investigazione minuta praticata dopo di avere lasciato soggiornare il tumore per qualche giorno nel liquido di Müller, indi rassodatolo nell'alcool, rilevava, come potete persuadervene dal disegno che Vi mostro, i caratteri dell'*adenoma puro*, con follicoli a varie grandezze, alcuni naturali, la massima parte però ingranditi, con vario contenuto. Così alcuni follicoli erano ripieni di un liquido colloideo assai trasparente, altri giallastro, ed altri follicoli per converso capivano cumuli di cellule epitelioidi. In alcuni punti alcuni follicoli rotta la membrana limitante si erano fusi assieme producendo ammassi cellulari in alcune sezioni così ampliati da sembrare una vera infiltrazione.

Quasi a solenne prova che il broncocele, anche quando non arreca gravi molestie, non sempre è una affezione *benigna*, breve tempo dopo la narrata operazione occorse nella Clinica il seguente caso:

Nel mattino del giorno 3 maggio venni dall'egregio Dott. Raccagni avvertito come nella sezione medica

Digitized by Google

del Dott. Dagna vi fosse una povera vecchia con grave dispnea per compressione della trachea esercitata da un modesto broncocele, onde avvisare se era o non il caso di procedere alla tracheotomia per toglier quella meschina da una morte imminente. Mi incamminai tosto, e vidi una donna quasi mummificata, seduta sul letto che si dibatteva nelle miserrime strette di grave angustia tracheale. Tuttochè la cianosi fosse già innoltrata, e le forze quasi spente, era così evidente la indicazione che accettai di praticare la tracheotomia *in extremis*, e perciò feci trasferire la moribonda nel teatro chirurgico. Il breve termine trascorso per tale trasporto, e per allestire il bisognevole per la operazione bastò per portarla alla agonia, e quando mi presentai all'inferma questa non aveva più polsi, la pelle fredda, e quel corredo di fenomeni proprii agli agonizzanti. In faccia ad un simile spettacolo voleva desistere dall'impresa avvertendo la scolaresca come una operazione fatta in tali condizioni aveva più l'aria d'un esercizio cadaverico, anzichè d'una vera impresa clinica.

Pure ricordando come colla tracheotomia in sì fatti frangenti si fosse giunti ad ottenere delle vere risurrezioni mi accinsi all'opera.

Preso un bistorì retto incisi nella regione mediana del collo fino al gozzo, che investiva e nascondeva la trachea sospingendola a destra sulla colonna vertebrale, abbandonato lo strumento cercai colle dita la trachea in mezzo a quella massa cretacea, e quando mi venne dato di rinvenirla sulla guida dell'indice della sinistra l'incisi largamente, e premendo il torace praticai alcuni atti di respirazione artificiale. La donna si riebbe tosto, il gozzo era ateromatoso, calcico, e per ciò poco vascolare, locchè prevenne l'entrata del

Digitized by Google

sangue nelle vie respiratorie, ove intromisi tosto una grossa siringa uretrale, in quanto che le più lunghe canule tracheali, non arrivavano nemmeno a metà del cammino che separava la trachea dalla cute.

Riavutasi alquanto l'operata pensai ad acconciare una cannuccia che potesse servir per un po' di tempo, chè la siringa adoperata lasciava filtrare un poco di liquore sanguigno nelle vie respiratorie. Assicurai ad una grossa cannuccia tracheale un robusto tubo di gomma elastica per la lunghezza di 8 cent. ed in tale modo potei raggiungere ed intrometterla nella trachea.

Dopo mezz'ora circa ogni fenomeno di soffocazione era affatto scomparso, la operata si riebbe al punto d'alzarsi e passeggiare nella infermeria, e dopo 18 dì venne ancora restituita al comparto medico da dove era partita, respirando essa liberamente per mezzo della cannula, non essendovi per ciò più alcuna ragione per tenerla nella Clinica. Qualche po' di tempo dopo seppi che venne a soccombere, nella sala medica ove fu ricoverata, nè saprei dire per quale incorrenza.

Questo fatto varrà a provare come il gozzo non sia sempre un' affezione innocua, siccome vale a confermare che la tracheotomia eseguita agli estremi può valere come una vera risurrezione.

Finchè gli anelli cartilaginei sanno resistere al gravame che esercita il broncocele sulla trachea, le molestie nel respiro sono poco sentite, ma appena il peso superi la resistenza, allora sopraggiunge inopinata la catastrofe che si rende inevitabile, senza il pronto soccorso dell'arte, che per l'angustia di tempo e bisogno di speciali arnesi e stromenti non sempre può essere efficacemente invocata.

E questo vorrei che sapessero tutti quelli che portano un gozzo, che fanno a fidanza con certo avvenire, mentre pende sul loro capo la spada di Damocle.

Digitized by Google

Fig. 1.ª

Lit. Salussolia, Torino

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 2ª

Lit. Salussolia, Torino

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 3.ª

Lit. Salussolia, Torino

Digitized by Google

BIBLIOTECA MAZ
ROMA
VITTORIO EMANUELE

Digitized by Google

Quando la terapia non aveva alcuna utile risorsa contro il gozzo solido, comprendo benissimo che *certe cose* era meglio per gli infermi ignorarle, di conoscerle, ma al giorno d'oggi questi poveri sciagurati, senza accentuati perigli, oltre a togliersi una aperta e ributtante deformità, possono scongiurare l'aspro e fatale momento di sentirsi una stretta al collo inopinatamente e quando meno se l'aspettano.

Appena compiuta questa comunicazione, vale a dire l'11 giugno, mi si presentava nella Clinica l'opportunità di eseguire la terza esportazione di gozzo a certa Chierico Maria d'anni 18 di S. Martino Siccomario. Il broncocele superava il volume della testa di un bambino, ed era composto di due lobi, uno maggiore, quasi sferico nel pieno della regione sottoioidea, l'altro più piccolo ovale sottogiacente allo sterno cleido-mastoideo sinistro col maggior diametro lungo il decorso di questo muscolo, il primo cistico, solido il secondo. La enucleazione fu facile pel tumore mediano, assai ardua e malagevole pel laterale; nel liberare questa parte si lacerò in una forte stretta una grossa vena, che da duplici sbocchi gettava due imponenti colonne di sangue e niuna pinza emostatica od a legatura riesciva ad abbracciare tutto il vaso, che si dovette afferrare colle dita. Fu un serio accidente che ci mise gravemente sopra pensiero, vuoi per la emorragia, vuoi per l'entrata dell'aria nelle bocche venose beanti; circondando la presa con tanti lacci, si giunse dopo *mezz'ora* ad arrestare la perdita. Il tumore esportato pesava 627 grammi, e per isolarlo occorsero 75 legature. Malgrado il traumastimo sia stato assai considerevole non si ebbero traccie di sensibile reazione, e la giovane donna cinque soli giorni dopo l'operazione poteva di già abbandonare il letto con coalito adesivo interamente compiuto, meno al punto lasciato ad arte disgiunto per la presenza del tubo da drenaggio. Ora prese commiato dalla Clinica perfettamente guarita, senza mostrare quasi traccie della operazione subita.

Digitized by Google

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

I BAGNI DI LUCE

Rivista del Cav. Dott. **Giuseppe Franchi**

(Continuaz. alla pag. 159, n. 5)

Cuore. — Il ventricolo sinistro duro e fortemente contratto, il destro resistente; ambidue vuote le valvole normali.

Il sangue in tutto il corpo era scuro, molto fluido e senza traccia di coaguli. L'esame microscopico presentò i globuli rossi increspati, frammisti a numerosi globuli bianchi di grandezza normale, con contorni acuti, contenenti molti granuli di colore oscuro.

Addome. — Fegato un po' iperemico; milza piccola e tesa, i reni molto iperemici. La mucosa dello stomaco alquanto rigonfia, mostrando in prossimità del piloro alquante ecchimosi; la vescica orinaria vuota; la muscolatura di color oscuro ed asciutta.

Si dovrebbe dedurre, continua il Dott. Ulmann, tanto dalla storia della malattia quanto dal fatto anatomo-patologico, trattarsi di colpo di sole. Sono manifesti i segni caratteristici della rapida decomposizione; l'iperemia polmonare, la contrazione del ventricolo sinistro del cuore, la fluidità del sangue e sua ricchezza in globuli bianchi, da Obernier osservata in due simili casi; come pure il colorito scuro e l'asciuttezza della muscolatura.

Digitized by Google

Sotto il rapporto etiologico, il Dott. Ullmann fa rimarcare come il caso più sopra citato sia avvenuto sotto una temp. di 20°357 all'ombra, ciò che sta in opposizione con quanto si è detto da varii scrittori sulla condizione metereologica nella quale avviene ordinariamente il colpo di sole, la qual cosa non è di poca importanza per la profilassi. Riecke scrisse che l'insolazione avvenne sempre quando la temperatura era giunta ad un'altezza non ordinaria; nella Germania settentrionale arrivava ordinariamente sopra i 24° R. I casi osservati da Steinkuhl a Francoforte avvennero sotto la temperatura inaudita in quei paesi di 33°,8, 35°,C. I quattro casi raccontati da Obernier ebbero luogo sotto una temperatura meridiana di 25°4 R. Quelli osservati da Thurn accaddero a temperature di 25°,6 R., 24°,9 R., 25°,9 R. Jacobasch riferisce che nell'estate 1868 nella sola armata prussiana si ebbero 30 morti per insolazione e che questi casi avvennero sotto una temperatura di 25° R. circa, all'ombra.

Chapple, Barcley, Taylor, Longmore, Butler, Baxtes ed altri ammettono come causa necessaria del colpo di sole temperature più elevate. Ma contro l'asserto di questi scrittori stanno ancora altri casi osservati dall'Ullmann in un solo giorno (1° settembre 1877) la temperatura atmosferica essendo a 17°,4 R. alle 8 mattina, a 20°,6 R. alle 2 pom. ed a 19°,2 R. alle 6 pom.; l'aria essendo opprimente e sciroccale e minacciando da più giorni un temporale, che scoppiò infatti il 2 settembre 1877. Racconta pure il Dott. Ulmann un caso da lui osservato il 14 luglio 1876, la temperatura essendo 21°,4 R. alle 2 pomeridiane, e due casi osservati da Siedamgrotzky a Danzica, di cui l'uno accaduto il 10 giugno 1876 con una temperatura meridiana di 22°,4 R., e l'altro il 12 stesso mese ed anno, con una temperatura di soli 19°,2 R. sul meriggio. A questa temperatura però non eccessivamente

Digitized by Google

elevata s'associava un'aria sciroccale, soffocante, e minaccia di temporale, come nel primo caso già descritto dell'Ullmann. Onde quest'autore finisce, per ragioni che diremo più tardi, coll'attribuire a queste ultime circostanze un'influenza non meno grande del calore atmosferico nella produzione del colpo di sole (*Medico di casa*. 16 gennaio e 1° febbraio 1878).

Anche il Dott. Pasfaner non è disposto ad incolpare esclusivamente della malattia in discorso la luce ed il calore atmosferico. Infatti, egli dice, nelle Indie, ove il colpo di sole è estremamente frequente, esso colpisce spesso i soldati che riposano sotto le tende o le capanne: mentre vi hanno luoghi ove il calore è di gran lunga più intenso, come nelle parti elevate dell'India, in California ed altrove, ne' quali il colpo di sole è quasi sconosciuto. Il Pasfaner è disposto quindi ad assegnare una parte di colpa ai venti caldi, ad un certo grado di umidità, anche a determinati stati elettrici dell'atmosfera, nonchè a miasmi esistenti in questa, per affollamento di persone od altro.

Certo i casi narrati dall' Ulmann, avvenuti sotto una temperatura meridiana di circa 19°-22° R. fanno credere che anche le altre condizioni atmosferiche concomitanti, minaccia di temporale, realizzatosi o no, aria sciroccale ed opprimente, satura di vapori acquei, abbiano contribuito a determinarli e possano deciderne ancora in circostanze analoghe, attesochè l'abbondanza di vapori acquei nell'atmosfera difficoltando la sottrazione cutanea del calorico per l'evaporazione del sudore, viene ad aggravare gli effetti dell'elevata temperatura atmosferica.

I rapidi e prolungati raffreddamenti cutanei, che tendono a congestionare le parti profonde e ad aumentare gli effetti dell'iperemia provocata dall'azione diretta del sole sui centri nervosi e tante altre accidentalità che

Digitized by Google

occorrono segnatamente ai corpi di truppa in marcia, durante le riviste o gli esercizii, spiegano la maggior frequenza del colpo di sole appo questi, come la fatica, le vesti strette, il grave bagaglio, il respiro di aria polverosa, mancanza di bibite, nonchè il riscaldamento che si produce nel centro delle masse in movimento pel fatto d'una moltitudine d'uomini serrati gli uni contro gli altri.

La profilassi richiede che tanto le marcie, come le riviste e gli esercizii militari non si faccian nella stagione calda che di mattina o di sera e sospendansi quando la temperatura all'ombra tocca i 25°C. I dati termometrici però non bastano, e sarà anche bene aver riguardo allo stato sciroccale ed alla pressione dei vapori atmosferici. La celerità delle marcie sia moderata, giuochi l'aria dentro le file, e si prendano spessi riposi in luoghi freschi. I soldati abbiano vestiti leggieri e non molto stretti, il bagaglio sia, per quant'è possibile, pur lieve. Gioverà tener fresca la testa mettendo una foglia od un panno umido sul kepì o berretto. I medici militari consigliano pure di non marciar digiuni ma, prima della marcia, di non mangiar troppo. Nuociono gli spiritosi, giova dissetarsi con acqua riposata o da camera.

Azione della luce sull'occhio. — Gli occhi sono organi che ne mettono in rapporto, per intermezzo della luce, col mondo esterno. Le vibrazioni di questo fluido propagandosi traverso ai mezzi rifrangenti dell'occhio, trasmettono alla retina impressioni che il cervello, eccitato da esse, elabora a sua volta e trasforma in maniera da offrirci l'idea della situazione degli oggetti che ne circondano e delle varietà loro infinite nello spazio.

Tanto per la qualità che per la sua quantità la luce può danneggiare l'organo della visione.

Digitized by Google

Rispetto alla qualità, un centro luminoso che irradii molto calore, fissato per qualche tempo davvicino, irrita l'occhio e può infiammarlo. — La luce del gaz illuminante, quella promossa dagli olii minerali o vegetali contiene raggi gialli particolarmente irritanti per le palpebre, la cornea, la congiuntiva, il cristallino, producendo orzaioli, senso di bruciore, lagrimazione, stanchezza oculare, onde conviene attenuarne i danni circondando la fiamma con vetri opachi od a mezzo di riflettori che celino i raggi.

Rispetto alla quantità, sia il difetto che il troppo sfarzo della luce danneggiano in diverso modo l'organo della vista. Così è noto che l'applicazione continuata dell'occhio sotto una luce troppo debole favorisce la miopia. — A questo riguardo, la luce artificiale, per isplendida che sia, non può surrogare un raggio di sole.

Gli sforzi che si fanno per vedere in località poco illuminate aumentano la sensibilità degli occhi e rendono pericoloso il passaggio repentino in ambienti pieni di luce. — Varii individui che gemettero a lungo nelle prigioni così dette *segrete* perdettero irremissibilmente la vista ritornando al chiaro.

Una luce troppo viva irrita soverchiamente la retina e quindi il nervo ottico, producendone a corto andare la stanchezza; eccita le lagrime, può determinare l'infiammazione dell'occhio, la cecità. Questi danni sono più temibili quando la luce sia reflessa: quindi le mura bianche, il suolo coperto di neve, di sabbia bianchissima, sono dannosissimi, riflettendo essi circa i due terzi della luce che ricevono *(Lambert)* all'opposto dei corpi neri che l'assorbono integralmente. — L'ottalmia egiziaca vuolsi ripetere dalla riverberazione delle sabbie, abbenchè altre cause vi concorrano. — Il riverbero delle nevi fece perdere la vista a gran numero di soldati greci ricondotti da Senofonte dal fondo dell'Asia traverso le montagne del-

Digitized by Google

l'Armenia. Non havvi cosa che possa danneggiare la vista come il lavoro continuato sotto una luce troppo forte. Conseguenze ne sono la presbiopia, l'ambliopia, l'amaurosi.

La brusca impressione d'una luce viva, anche fugace, che brilli nell'oscurità può determinare un turbamento che varia dal bagliore alla cecità assoluta. Il seguente è uno dei molti esempii che potrei citare in proposito. In una città della Francia una bambina di 11 anni tornava dalla scuola alla propria abitazione, lontana circa un miglio, allorchè fu sorpresa da un violento uragano. Spaventata dai lampi e dai tuoni che succedevansi rapidamente, la ragazza accelerava i passi, e per non vedere i zig-zag della folgore, abbassava la testa e teneva gli occhi fissi sulla strada. Questa rifletteva così forte il guizzo dei lampi che la fanciulla ne rimase abbagliata, sicchè trovò a stento la sua casa. Tutta la sera ebbe la vista confusa, e dopo una notte di buon sonno la povera bambina era quasi cieca, ventiquattr'ore più tardi lo era completamente. Solo in capo a quindici giorni i genitori di lei si decisero a chiamare il medico, il quale intraprese con qualche fiducia la cura; ma qualche comare istillò nell'animo della famiglia l'idea che la fanciulla fosse stata ammaliata e necessitassero perciò rimedi sopranaturali, onde si desistette dalla cura medica e la fanciulla rimase per sempre cieca. — Tanto rilevasi dal rapporto di un medico di Havre all'Accademia delle scienze di Parigi, letto in seduta 29 maggio 1876.

(Continua).

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 35ª settimana

dal 11 al 17 agosto 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	2	2	4	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	3	3	6
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	2	2	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	»	1	1	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	1	»	1	» ematiche	1	»	1
Coclussie	1	3	4	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	4	2	6	» scirrose, cancerose	»	3	3
Morbillo	»	1	1	Dermatosi varie	1	»	1
Scarlattina	1	»	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	2	2	4	TOTALE	39	47	87
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	3	3	Non appartenenti alla popolazione di Torino	8	3	11
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	4	6				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	1	»	1	TOTALE nella 33ª settim.ª	47	50	97
Malattie dell'appar.º respiratorio	»	1	1	» nelle settim.ª precedenti	2389	2409	4798
» dell'apparato dell'alimentazione	10	12	22				
» dell'app.º cardio-vasale	1	3	4	TOTALE complessivo	2436	2459	4895
» del sistema nervoso	7	2	9				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	1	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2122	2181	4306
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 33ª settimana	76	81	157	6	3	9
Nelle precedenti	2214	2005	4219	182	118	300
TOTALE COMPLESSIVO	2290	2086	4376	188	121	309

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

Digitized by Google

Norma
del Cranio

Digitized by Google

a Lateralis
o di A.VOLTA

Torino. Lit. Salussolia

Digitized by Google

Digitized by Google

Norma Verticalis
del Cranio di A. VOLTA

Digitized by Google

BIBLIOTECA NAZ.
ROMA

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

SUL CRANIO DI VOLTA

Studio del Prof. LOMBROSO
con Osservazioni dei Commendatori Cornalia e Verga
con una tavola litografica

Esame dello scheletro.

Riunito insieme affrettatamente lo scheletro presentava l'altezza di 182 c., che presso a poco, a quanto asseriscono i vecchi compagni del Volta, corrispondeva a quella del Volta vivente.

Siccome però non tutte le vertebre si potevano assicurare appartenere a lui medesimo, siccome coloro che preparavano lo scheletro non gli diedero quelle curvature che naturalmente prescrive la spina, giova ricordare che il femore misurava 0. 49, lunghezza, cui dovrebbe per tutto lo scheletro secondo le norme antropometriche, corrispondere l'altezza 1,775, che moltiplicando come vuole Marcacci per 13 volte $^1/_2$ il D. verticale del cranio si ha 1. 891 che moltiplicando 5 volte l'omero si avrebbe 1. 700, e 1. 787 moltiplicando

Digitized by Google

2 $^1/_2$ l'arto inferiore. Prendendo le medie di queste misure si ha 1.788 che coll'aggiunta pelle parti molli supera 1.800.

L'omero destro più voluminoso del sinistro portava ben scolpite le solcature nella parte superiore.

In tutto il resto dello scheletro non si notava altro di importante che una piccola esostosi nell'osso ischico e iliaco, e due voluminose nelle cinque vertebre lombari e tre sacrali che estendendosi bernoccolute nella faccia anteriore del corpo delle vertebre le saldavano tenacemente fra di loro.

Cranio.

All'esame esterno del cranio, fatto dopo una ripulitura superficiale, saltava subito all'occhio la grande sua capacità, la levigatezza, in ispecie della fronte e dei parietali, tanto più notevole perchè in un individuo vecchio, e in cui la molta salienza della linea d'attacco dei muscoli della tuberosità occipitale esterna, indicava un non comune esercizio delle forze muscolari: faceva contrasto a questa levigatezza delle ossa craniche, il grande sviluppo degli archi sopracigliari, e una asperosità notevole in corrispondenza della porzione posteriore della sagittale e del tubercolo occipitale al cui lato osservavasi un piccolo tumore osseo circolare del diametro di 7 mm., mentre un altro tumoretto notavasi all'interno del foro occipitale.

Il cranio mostrava un rigonfiamento in corrispondenza del centro della lamina squamosa del temporale tanto più notevole, perchè minimo vi era lo spessore (di 2 millim.); spiccatissimo era il tubercolo occipitale, ed ivi massimo lo spessore cranico.

La sutura coronaria era la sola ancora persistente.

Digitized by Google

Nella porzione mediana per circa sei centimetri notavasi la semplicità della sutura medesima, carattere questo che si vuole proprio delle razze inferiori. Nelle laterali invece essa era frastagliata come nel normale. Erano completamente saldate la sagittale e la lambdoidea, e presentavano, specialmente la prima, nella sua porzione posteriore, in luogo della sutura, una maggiore asperosità o rigonfiamento dell'osso, che si rendeva massimo nel punto d'incontro fra loro (15 millim.).

Nessuna traccia notavasi, nemmeno ai parietali, di quei bruschi avvallamenti, prodotti dall'atrofia del tessuto che si credono caratteri di senilità avanzata, e che pur trovaronsi nel Foscolo.

Nel temporale è sensibile la depressione sopra mastoidea, la crestolina che segna il contorno superiore del meato uditorio esterno, e l'arrovesciamento e la grossezza del suo contorno inferiore (1).

L'apofisi stiloide era molto sviluppata, molto dilatato il foro lacero-posteriore destro, e molto ampia la fossa giugulare.

Dall'apofisi stiloide al foro spinoso corre una linea aspra molto rialzata. Assai espansi sono i due processi pterigoidei esterni (Verga). Dei due fori condiloidei posteriori uno è chiuso. Invece di semplici incisure soprorbitali, vi sono due fori completi.

Le ossa nasali sono molto sviluppate, l'orlo esterno dell'orbite molto salienti; e l'orbite quadrangolari molto distanti fra di loro.

Considerevole l'altezza dell'osso nobile della faccia o muscolare superiore (72 mm.), considerevole pure

(1) Nota del Comm. Verga.

Digitized by Google

l'altezza della cavità nasale (55 mm.) in confronto della profondità (44 mm.) come in tutti i più belli e grandi uomini (Verga).

Notevole la larghezza dell'apertura per forma (29 mm.); e più ancora la sua altezza (51 mm.). L'altezza delle *coane* o narici posteriori è di 30 mm. e la larghezza di 29 mm. (Verga).

Dal foro incisivo al foro grande palatino corrono mm. 41, e dall'uno all'altro foro palatico 30 mm. Il doppio foro incisivo forma un triangolo con un terzo forellino che gli sta innanzi (Verga).

Li zigomi abbastanza salienti, presentavano una leggiera asperità in corrispondenza alla sutura malare. Molto spiccati e dilatati i fori sottorbitali ed il foro incisivo.

Nella mascella superiore sporgente alquanto non si notava che un solo dente premolare; nell'apofisi ascendente visibile la sutura incompleta del Weber.

La mascella inferiore ridotta ad un osso cilindrico, pel completo riassorbimento dell'orlo alveolare, presentava l'apofisi coronoide con una larghezza presso a poco eguale alla lunghezza; ed appena accennata l'apofisi, ed assai ottuso l'angolo della porzione verticale all'orizzontale.

I capi articolari, come sopra accennammo, maggiormente dilatati, non combaciavano sufficientemente colla cavità glenoidea sorpassandola alquanto.

La mascella stessa, benchè imbevuta dall'umidità, pesava grammi 57.5, mentre la mandibola della moglie era di soli 27.

Il palato presenta un rigonfiamento nel mezzo, od esostosi che fosse, bernoccoluto, irregolare, della lunghezza di 12 mm. e della larghezza di 4.

Ma per le più minute informazioni si compilò la seguente tabella:

Digitized by Google

TABELLA 1ª

delle misure prese nelle ossa del Volta.

Circonferenza cranica	576	mill.
Curva longitudinale	389	»
» trasversa	332	»
Lunghezza del frontale	139	»
Larghezza »	120	»
Diametro longitudinale	194	»
» trasverso	150	»
» verticale	140	»
» bimostoideo	132	»
» bitemporale	130	»
» biauricolare	118	»
» frontale	131	»
» occipitale	142	»
» bizizomatico	116	»
Capacità del cranio	1865	cc.
» dell'orbita	53	»
Area del foro occipitale	818	mmq.
Angolo facciale	73°	
Lunghezza delle ossa nasali	26	mm.
Lunghezza del frontale	139	»
Larghezza »	120	»
Altezza dell'orbita	33	»
Larghezza »	36	»
Palato lungo	43	»
» largo	34	»
Altezza della cavità nasale	53	»
Profondità » »	44	»
Altezza dell'apertura nasale ai lati (Verga)	41	»
Larghezza » » (Id.)	24	»

Digitized by Google

Lunghezza dell'osso nasale	26	mm.
» dell'apertura piriforme (Verga) .	29	»
Altezza » » (Id.) .	31	»
Distanza del foro occipit.° al palato p. interna	102	»
» » » p. esterna	107	»
Distanza dall'occipite al mento . . .	240	»
» dalle radici nasali al mento .	240	»
» dalle radici del naso al foro auricol.°	165	»
» fra le due orbite	32	»
Peso del cranio (senza mandibola) . .	695.5	gr.
» della mandibola inferiore . .	57.5	»
Totale . .	753.0	»
Spessore massimo, tubercolo occipitale .	15	mm.
» » osso temporale . .	2	»
» » gobba frontale . .	11	»
» » al punto d'incrociamento della sagittale colla lambdoidea . .	15	»
Indice cefalico	77.5	mm.
» cefalo verticale	72.6	»
» » orbitale	33.0	»
» » spinale	22.8	»

Scheletro

Totale altezza	m.	1.820
Omero lunghezza	»	0.340
Femore	»	0.490
Fibola	»	0.390
Da una cresta dell'ileo all'altra . . .	»	0.266
Diametro ant.-post. dal prom. sacrale al pube	»	0 125

Digitized by Google

Gioverà ora fermarsi alquanto su queste cifre facendone spiccare la significazione con raffronti su altri uomini grandi e sull'uomo normale.

Lo spessore cranico che arriva fino a 15 mm., e solo in un punto scemava in vicinanza alle ossa temporali, e sopratutto il peso notevole di gr. 753. ci accusano un notevole grado di sclerosi. È noto infatti che il cranio normale non pesa di più di 650. secondo il Livi di 502. Nè questo peso (che si crede, forse non giustamente, scemi costantemente nella età senile), viene ordinariamente superato, salvo nei cranii dei delinquenti e di qualche alienato come ben spiccherà da questa tabella in cui sono messi a confronto 41 alienati, 21 delinquenti del mio museo, 121 cranii normali del Gabinetto Anatomico di Pavia.

TABELLA 2ª

dimostrante il peso dei cranii di alienati, delinquenti adulti e vecchi.

	41 ALIENATI	21 DELINQ.	121 ADULTI da 16 a 59	19 VECCHI da 60 a 104
Del peso 900	1	4	5	»
» 800	4	2	10	»
» 700	5	5	23	2
» 600	17	5	34	5
» 500	8	4	25	8
» 400	5	1	20	1
» 300	1	»	4	2
» 200	»	»	»	1

Digitized by Google

Questa sclerosi contrastava colla leggerezza ed assottigliamento del cranio della moglie che gli stava lì appresso il quale pesava grammi 391 senza la mandibola, il che, insieme al 10 % dei cranii senili assai pesanti della 2ª tabella, giova a escludere che il peso aumentato si debba all'umidità. Questa sclerosi e questa tabella ci testimoniano che non sempre han ragione coloro che fanno dell'atrofia ossea un carattere assoluto della senilità, e ci fa supporre che il Volta, prima della completa saldatura delle suture, doveva avere un cranio di una capacità maggiore di assai dell'attuale.

La circonferenza cranica del Volta, confrontata con quella dei grandi uomini in Italia, non è superata che da uno solo, Donizzetti, e di 20 e più millimetri essa supera quella di S. Ambrogio e Brunacci, e di 30 quella di Fusinieri, e Dante, confrontata con crani coperti dalla calvarie, 3 centimetri in più, supera Hérold che presenta 550, La Place che 565, Fourier che 552, è superato da Gall 605, Talleyrand 590, Goêthe 615, Broussais 605, è simile quello di Azas 571, W. Scott 570, S. Simon 575 (1).

Su cento cranii di adulti maschi Bolognesi misurati dal Calori, soli 2 le venivano dappresso misurando 555; su 140 cranii Pavesi, 2 volte soltanto era superata, come ben si rileverà da questa tabella:

(1) Porchappe pretende che la media della circonferenza cranica di 10 scienziati alti 1.750 sia di 584 e quella di 10 alti 1700 sia di 574.

c. longit.	»	384	»	294.
c. trasv.	»	283	»	279.

Digitized by Google

TABELLA 3ª

della circonferenza cranica di alcuni uomini grandi Italiani e di 140 adulti Pavesi e 100 Bolognesi.

		Su 140 crani di adulti di Pavia.			Su 100 cr. maschi di Bologna (Calori).	Della circonferenza di	
Donizzetti	570	585	»	1	. . . . .	585	—
S. Ambrogio	553	560	»	1	. . . . .	555	2
Nicolini	558	555	»	2	. . . . .	540	4
Brunacci	550	550	»	4	. . . . .	530	3
Fusinieri	544	540	540	7	. . . . .	520	25
Petrarca	540	530	538	21	. . . . .	518	29
Foscolo	540	520	528	27	. . . . .	500	22
Dante	520	510	518	28	. . . . .	490	8
. . . . .		500	508	25	. . . . .	480	5
. . . . .		490	498	18	. . . . .	475	—
. . . . .		480	»	18	. . . . .		

Misurando la lunghezza dell'osso frontale che era di 139, troviamo che superava di molto quella del Petrarca che era di 115, di Fusinieri che era di 119, e superava di ancor più la media di 100 cranii Italiani data dal Calori di 108; nè era superata in 100 di essi che solo 6 volte (5 di 140 e 1 di 150).

Il diametro frontale - 131 - superava pure quello di Dante, di S. Ambrogio - 108, di Petrarca - 124, Fusinieri - 108, (Canestrini).

La semi-circonferenza anteriore di 295 era superiore alla semi-circonferenza posteriore 275.

Ma il maggior interesse di queste misure viene offerto dalla capacità cranica. Essa risultava di circa 1865 cc. e dissi circa, poichè si praticarono le pesature, essendo il cranio non perfettamente essicato, sicchè il giorno dopo parecchi grammi di

Digitized by Google

sabbia in più si ebbero a riscontrare. Essa supera certamente la capacità di quanti illustri uomini d'Italia vennero finora esaminati (1); anche incompleta come è supera di più di 300 grammi la capacità media degli Italiani 1551 (Calori) (2), nonchè dei Tedeschi 1534, e secondo Megs degli Inglesi 1572; confrontata con quella di 100 cranii adulti Bolognesi maschi è superata solo da 2 (1930 e 2106), confrontata con quella di 140 cranii Pavesi nol fu nemmeno una volta (Zoia). Eppure quella capacità dovette essere di molto maggiore nell'età del maggior sviluppo, tra i 30 e 40 anni, quando non erasi ancor iniziata quella che diremo sclerosi senile.

Tuttavolta la meraviglia per la grande capacità cranica del Volta va temperata dal conoscersi che esso era di una statura elevatissima, sicchè dovrebbe potersi paragonare, per un giusto confronto, ad altri uomini di statura elevata come il Foscolo ed il Petrarca (1.84), ma non certo al Fusinieri ed al Dante (1.55), nè a S. Ambrogio alto 1.53. Tuttavia anche rapportato alla sua statura, il cranio di Dante dovrebbbe essere solo di 1588. Anche nella capacità orbitale superava il Volta di alquanto la comune media di 153 cc. (Mantegazza), e molto più la superava nell'indice cefalo-orbitale, che è in media 27. ed in Foscolo dava 24, e nel nostro 33; e s'avvicinava ad una delle cifre massime che si riscontrassero sull'uomo. Anche l'area del foro occipitale di

(1) Capacità cranica degli Italiani illustri in c.c.:

Brunacci	1700	Dante	1452
Petrarca	1602	Foscolo	1426
Fusinieri	1502	S. Ambrogio	1792

(2) *Sul tipo Brachicefalo*, 1871, Bologna dott. Calori.

Digitized by Google

878, era alquanto superiore alla media maschile che è di 733.9, inferiore però a quella di Fusinieri 851.

Ma più ancora rilevante era la differenza dell'indice cefalo-spinale che in Volta era di 22, mentre nel maschio è di 19.1, ed in Fusinieri di 17.

Singolare è la grande analogia, cifra per cifra, del cranio di Volta col tipico Romano antico.

L'indice cefalico medio di 44 cranii virili moderni di Roma, secondo il Nicolucci è di 75.2, quello di altrettanti antichi 78.1. secondo il Calori. anzi, di 77.7 (o. citata). L'indice cefalico di Volta è di 77.3, esso s'avvicina dunque al Romano antico, più dei Romani moderni. La capacità cranica dei Romani antichi era superiore a quella notata in molte altre provincie Italiane, in media però era di 1525, dunque inferiore al Volta, come era inferiore all'area del foro e la capacità orbitale, tuttavia giova ricordare che sopra 8 Romani antichi, Maggiorani ne trovò uno di 1725, e su 41 Nicolucci uno di 1852.

L'altezza cranica media Romana antica è di 136, nel nostro è di 140.

L'indice verticale dei Romani antichi è di 732, e quello del Volta 721, onde è, come il Romano, platicefalo, cioè con predominio della capacità sull'elevazione.

Il diametro frontale dei Romani è di 129, quello di Volta è di 131.

Il diametro longitudinale dei Romani antichi è di 187, il traverso di 145, da 7 a 5 mill. meno del Volta.

La curva occipito-frontale dei crani Romani antichi era di 381, moderni 376, nel Volta 389.

La biauricolare era 332 negli antichi, 334 nei moderni e 332 è nel Volta.

In tutte queste misure il Volta non differisce dal tipo antico che per il maggior volume.

Digitized by Google

La semicirconferenza anteriore supera di molto la posteriore, e questo è uno dei caratteri che si voleva proprio del cranio Romano ove per 270 di semicurve anteriori si notan 263 di posteriori. Nicolucci e Calori ne trovarono 2 su quattro con prevalenza inversa.

Ma meglio ancora rispondono nelle analogie le descrizioni che dànno Nicolucci, Maggiorani, Davis del cranio Romano: « In esso, come in quello del « Volta (vedasi tavola litografica), le regioni tempo- « rali sono sviluppate e rigonfie, vi ha sporgenza « delle ossa del naso, il piano d'inserzione di queste « coll'osso frontale corrisponde a quello della faccia (Nicolucci).

« La fronte spaziosa, *frons eleganter explanata*, « predomina sopra le ossa della faccia.

« Nella norma verticale spicca la forma ovalare « della calvarie, il cui contorno curvandosi dolce- « mente sull'abside frontale ed occipitale si rigonfia « alla tuberosità parietale e come insensibilmente si « degrada verso la fronte e verso l'occipite, e non fa « risaltare ai lati della fronte che il processo orbitale « dell'osso frontale (Nicolucci). L'ampiezza dell'abside « anteriore nasconde le arcate zigomatiche che ap- « pena si mostrano al loro margine esterno.

« Se si osserva di profilo si vede sporgere per due « terzi della sua altezza quasi retta la fronte; marcata « nell'alto per accompagnarsi alla curva tondeggiante « del vertice che dolcemente declina all'occipite (Ni- « colucci) ».

Anche nel cranio Romano il palato è poco alto, robuste le apofisi stiloidi, forti e ricurvi gli hamuli pterigoidei, le orbite grandi e quadre, differendo solo per maggiore distanza, nei Romani 26. 23, nei nostri 32.

Digitized by Google

Questa analogia col cranio Romano che spicca anche alla prima occhiata non è difficile a spiegarsi, perchè è noto come Como fosse una colonia Romana ed è curioso il notare che precisamente il nome proprio di Volta si trova nell'opera di Plinio come applicato dai Volsci ad un mostro che ne infestava la campagna (1), e che (curiosa coincidenza) venne da loro distrutto evocando l'arte di far discendere i fulmini, l'arte che il Volta doveva 3000 anni dopo perfezionare cotanto.

E qui sorge naturale una domanda: se il tipo cranico di Volta corrispondesse o no al Comasco; uno studio su 54 Comaschi vivi mi diede un indice di 82 che accenna a recisa bracicefalia.

Un simile indice 83 con un massimo 88, minimo 73, ho trovato in 28 cranii esistenti nei cimiteri dei paeselli del lago di Como, uno solo dei quali riprodusse completamente le misure del Volta, quasi tutti, meno 6, essendo brachicefali, come dalla seguente:

TABELLA 4ª

Da L.	180	D. F.	148	Ind.	80	Cc.	1745
»	165	»	148	»	88	»	—
»	175	»	140	»	80	»	1585
»	172	»	145	»	83	»	1550
»	170	»	146	»	85	»	—
»	160	»	141	»	84	»	1385
»	185	»	140	»	79	»	1630
»	185	»	140	»	79	»	1600

(1) Vedi Fabretti, *Glossarium Italicum*, 1876. — Bocca, Voltia era anche il nome di una tribù latina (id.).

Digitized by Google

Da L.	180	D. F.	153	Ind.	83	Cc.	1390
»	175	»	144	»	82	»	—
»	170	»	141	»	79	»	—
»	187	»	135	»	76	»	—
»	187	»	144	»	86	»	—
»	172	»	147	»	82	»	—
»	167	»	142	»	86	»	—
»	172	»	145	»	82	»	—
»	174	»	141	»	80	»	—
»	168	»	150	»	82	»	—
»	182	»	152	»	84	»	—
»	171	»	147	»	82	»	—
»	170	»	139	»	81	»	—
»	162	»	137	»	87	»	—
»	176	»	146	»	82	»	—
»	172	»	137	»	79	»	—
»	174	»	145	»	73	»	—
»	186	»	153	»	81	»	—
»	179	»	150	»	75	»	—

La dolicocefalia era nel rapporto di 21 p. °|o coll'ind. 77
La brachicefalia » 79 » 83

Il Volta presentava dunque analogia coi pochissimi maschi dolicocefali, nessuno dei quali gli si avvicinava poi per la capacità.

Su 136 cranii, che potei esaminare nei cimiteri di Esine, Varenna, Campo, Dongo trovai solo nel rapporto del 22-23 per °|o la distanza fra le due orbite che si notava nel Volta e che è frequentissima nel cranio latino, più frequente vi era (del 30 p. °|o) la salienza delle ossa nasali; come del 22 p. °|o lo sviluppo dei seni frontali che erano fra i caratteri speciali del Volta.

Digitized by Google

Il Volta si avvicina dunque al tipo Comasco, ma più assai al Romano, il che non è di lieve importanza, conoscendosi che l'indole della sua intelligenza, essenzialmente analitica, era assai più lombarda che latina. Abbiamo qui il preciso fenomeno di un degno suo successore, il Fusinieri, che presentava il cranio ultra-dolicocefalo, 73 — mentre i suoi compaesani sono normalmente ultra-brachicefali, 84, eppure ne divideva, anzi ne portava al massimo dell'eccellenza la tendenza alle vedute sintetiche.

Le deformazioni ossee delle vertebre del sacro e del cranio farebbero sospettare d'un'antica malattia costituzionale, di cui però non accusò sintomi in vita sua, ma forse sono come le sclerosi uno dei fenomeni rari, e perciò meno avvertiti, della senilità avanzata.

Abbiamo nel cranio del Volta notato molti di quei caratteri cui gli antropologhi annettono indizio di inferiorità, come lo sviluppo delle apofisi stiloidi, la salienza degli archi sopracigliari e delle linee crotafitiche, la semplicità della sutura coronaria, la traccia della mediofrontale e l'ottuso angolo facciale, la sclerosi ossea senza computare la saldatura di alcune suture che certo deve porsi (e forse insieme alla sclerosi, ai tumori vertebrali) a conto dell'età avanzata.

E qui giova ricordare quanto di frequente occorrono anomalie in quei pochi cranii dei grandi uomini che si poterono studiare.

È noto come avessero la fronte sfuggente Manzoni, Petrarca e Fusinieri, come esistesse la saldatura delle suture in Byron, Foscolo, Ximenes e Donizzetti; la submicrocefalia in Rasori, Descartes, Foscolo (di 520 mill.), Tissot, Thiedemann, Hauchmann, G. Reni,

Digitized by Google

Schuhmann, la sclerosi in Donizzetti che presentava tra lo sfenoide e l'apofisi basilare una cresta ossea (1).

E devonsi aggiungere la frattura cranica di La Place, di Fusinieri (al parietale), l'assimetria di Romagnosi, di Bichat, di Dante, che presentava sviluppo anormale della gobba parietale sinistra e per giunta due tumori nell'osso frontale, la plagiocefalia di Brunacci (Zoia), l'esagerato prognatismo (68) di Foscolo, lo scarsissimo indice cefalo-spinale e cefalo orbitario, l'ultradolicocefalia di Fusinieri, il cranio Neandertaloide di R. Bruce, di Kai Ly, e di San Mansuj, con indice di 69. 2 e l'ultradolicocefalia di O. Connoor, 73 — mentre nell'Irlanda la media è 77.

Dopo tutti questi fatti non si troverà ardito il sospetto che il genio, come è spesso espiato da inferiorità in alcune funzioni psichiche, sia anche accompagnato da anomalie nell'organo stesso, che è fonte della sua gloria, tanto più se si ricordano la idropisia dei ventricoli cerebrali di Rousseau, l'ipertrofia cerebrale di Cuvier (*Bulletin Soc. Anthr.*, 1861), la sclerosi cerebrale di Pascal, la meningite di Grossi, Donizzetti e di Schuhmann.

Non si può oggidì fermarsi sulle credenze frenologiche, ma per chi vi badasse gioverà sapere come nessun punto del cranio di Volta sporgesse notevolmente, tranne quella porzione del temporale dove quegli ideologi della fisiologia cerebrale collocherebbero l'acquisività e altri l'istinto del furto e delle risse, eppure il Volta era modello di dolcezza, di modestia e di animo generoso.

(1) Vedi Canestrini, *Il cranio di Petrarca*. Padova 1871. — *Il cranio di Fusinieri*. Venezia 1873. Mantegazza, *Il cranio del Foscolo*. 1870, — Nicolucci, *Il cranio di Dante*. 1868. — Alborghetti, *Vita di Donizzetti*. Bergamo 1873. — Turner, *Quarterly*, Journ. of men. scienc. 1850. — Quatrefages, *Crania Ethnic*. 1876, I, pag. 3.

Digitized by Google

SAGGIO DI ALCUNI STUDI INTORNO AI CRANI DELLA TOSCANA

DEL DOTT.

PAOLO RICCARDI

Museo Nazionale d'Antropologia e di Etnologia.
Firenze, maggio, 1878.

Studiare una serie di crani di una Nazione o di una Provincia, ricercare la forma tipica, i caratteri speciali, le anomalie, le variazioni, le leggi di sviluppo, è sempre una cosa ardua, in quanto che gli ostacoli d'ogni ordine e d'ogni qualità tendono, ad ogni momento, a fare deviare l'antropologo dalla strada che vuole percorrere, e quando poi la fortuna è tale che buona parte degli ostacoli siano vinti, i risultati delle analisi, delle misure, dei calcoli sui crani non corrispondono alle aspettative e ben rade volte sciolgono i problemi etnici e craniologici.

Se noi osserviamo due serie di cento crani l'una, per es. una serie di moderni Toscani e una serie di Papuani, senza misurarli, ma solo guardandoli lungamente, s'imprimono nella nostra mente i caratteri differenziali o tipici delle due serie, così che difficilmente poi si sbaglierà in altra occasione nel giudicarli e fra mille crani si sapranno discernere quelli, i di cui caratteri si sono fissamente impressi nel pensiero.

Se noi invece studiamo craniometricamente le stesse due serie avremo per risultati delle medie, dei rapporti, degli indici che verranno a significare molte misure, parecchie proprietà del cranio, la sua altezza media, la media lunghezza, ecc., ma se tentiamo, dopo

Digitized by Google

mille misure, di sintetizzare quelle cifre in pochi fatti, ci troveremo imbrogliatissimi, giacchè non ci siamo contentati di pochi fatti, di poche misure principali, ma abbiamo fatto entrare una serie di fattori variabilissimi, spesso poco importanti, i quali vanno ad ingarbugliare la matassa.

Come spiegare questi fatti, già noti a tutti gli antropologi?

Io credo che per istudiare una serie di crani di una Nazione o di una Provincia, sia necessario non solo studiare gli adulti, ma eziandio i bambini, i fanciulli e i giovani: io credo inoltre che per averne, in questo caso, dei risultati chiari e soddisfacenti, sia pure necessario limitarsi a poche misure e cioè a cinque o sei misure principali e a tre indici, risultanti da queste misure; insomma fa d'uopo non solamente prendere queste misure negli adulti, ma è necessario seguire lo sviluppo del cranio dalla fanciullezza alla età adulta, seguirlo per pochi dati, perchè gli altri fattori non vadano a danneggiare la chiarezza dei primi risultati.

Solo dopo uno studio di siffatto genere sui caratteri generali di quei crani, solo dopo ciò, si potranno studiare e lo sviluppo e le caratteristiche principali di certe ossa e i rapporti di queste con altre, e le ossa nasali e l'occipitale, ecc., e vedere se si verificano ancora nella nuova analisi dei fatti particolari e caratteristici, da aggiungersi agli altri principali.

Quando il nostro occhio va a giudicare del carattere etnico del cranio non si contenta già di osservare la lunghezza, la larghezza, l'altezza, il prognatismo, ecc., presi separatamente, ma la mente giudica della serie di rapporti, di correlazioni fra i diversi diametri del cranio; potremo dire che la serie *A* è brachicefala e

Digitized by Google

la serie *B* è dolicocefala, ma quando la mente apprezza la brachicefalia, la dolicocefalia, la faccia, l'altezza del cranio, ecc., lo fa sempre tendendo ad una sintesi che le si presenta naturalmente nei diversi rapporti che hanno fra di loro i diametri, gli indici, le correlazioni di sviluppo.

Or bene al processo empirico e sintetico della nostra mente fa d'uopo sostituire un processo scientifico e sintetico, quest'ultimo proveniente da una analisi accurata di alcuni fatti principali. Giudicando di una serie di crani non bisogna solamente dire che tanta è la larghezza media della faccia, tanta è l'altezza, tale è l'indice cefalico, tale è l'indice verticale, negli adulti; ma bisogna dire e indicare tutto ciò nella serie dalla giovinezza sino all'età adulta, bisogna studiare i rapporti che hanno fra di loro questi indici, infine bisogna studiare le correlazioni di sviluppo d'alcune parti del cranio, correlazioni e rapporti che infine ci daranno chiaramente le caratteristiche della serie di crani, assai meglio e assai più presto dell'analisi minuziosa, lunga, intralciata che fa deviare il criterio in una foresta di particolarità che solo più tardi si potranno conscenziosamente studiare.

Quando noi osserviamo una serie di crani, per es. Papuani, e vediamo che i bambini hanno già la forma del cranio dell'adulto, quando osserviamo una serie di crani Toscani e vediamo che l'indice faciale è mesosemo a 3 anni, come lo è a 50 anni, è evidente che tipo per tipo, razza per razza, il cranio ha delle correlazioni di sviluppo; che il cranio abbia leggi generali di sviluppo, questo è evidente; ma che n'abbia delle particolari, per le quali poi nascono le caratteristiche del cranio Papuano o quelle del Toscano, è altresì evi-

Digitized by Google

dente, e queste leggi debbono risultare non solo dallo studio analitico degli indici, delle curve, dei diametri, ma dallo studio sintetico di questi indici, di queste curve, di questi diametri fra di loro.

Un tentativo di siffatto genere di studio ho fatto con questo intorno ai crani della Toscana; ma già dichiaro sino da ora, che non ho inteso di ricercare tutti o molti dei caratteri dei crani Toscani; ma prima di fare ciò in una serie di crani adulti, ho pensato di limitarmi a pochi diametri, a poche misure, a pochi indici e di studiarli negli adulti, nei giovani, nei fanciulli, nei bambini: ho infine voluto ricercare se vi sono caratteristiche di evoluzione o se esistano nei rapporti fra gli indici delle correlazioni di sviluppo e in qual momento queste facciano capolino e se si mantengono anche nella età adulta.

La ricca raccolta di crani di moderni Toscani mi ha dato agio di studiare con comodo e con mezzi sufficienti il problema in discorso e di verificare sino a qual punto le previsioni siano vere e fondate.

Se i risultati saranno tali da incoraggiarmi, avendo già materiale pronto e studiato di crani Papuani, Marchigiani, Sardi, potrò cercare le correlazioni di sviluppo in questi e vedere le variazioni, osservare il modo di sviluppo, paragonare fra di loro i diversi risultati.

Sino alla giovinezza non era possibile di tenere calcolo del sesso, sia per l'impossibilità di determinarlo in molti casi, sia per la probabile nullità di risultati positivi; nella giovinezza ho tenuto calcolo del sesso, ma il piccolo numero di donne giovani non mi dà diritto di concludere cose certe.

Digitized by Google

Le misure prese, secondo il metodo delle istruzioni craniologiche, sono le seguenti:

A. Diametro antero-posteriore massimo;
B. Diametro trasverso massimo;
C. Diametro basilo-bregmatico;
D. Altezza faciale;
E. Distanza bizigomatica.

Da queste misure risultano naturalmente:

1° Indice cefalico;
2° Indice verticale;
3° Indice faciale.

Ma per meglio ancora sintetizzare i risultati, non contento di ciò, e per venire a conclusioni possibilmente più soddisfacenti ho cercato il modo di riconoscere lo sviluppo degli indici summenzionati, facendo il rapporto fra di loro, in tutta la serie completa: così che ho istituito il rapporto dell'indice cefalico coll'indice verticale = 100; ho fatto il rapporto dell'indice faciale col verticale = 100, e finalmente il rapporto del faciale col cefalico = 100; in questa maniera mi è dato a conoscere chiaramente il modo di sviluppo degli indici, l'uno rispetto all'altro — subordinatamente allo sviluppo delle linee delle quali gli indici stessi rappresentano i rapporti.

Il numero dei cranii Toscani da me studiati fu di 79, e così distribuiti:

Prima inf. — (da 0 anni a 6 anni) n. 13.
Sec. inf. — (da 7 anni a 14 anni) n. 14.
Giov. — (da 15 anni a 25 anni) n. 16 = m. 11 + f. 5.
Adulti — (da 26 anni a 55 anni) n. 36 = m. 20 + f. 16.

Totale n. 79

In questa maniera il campo di studio viene ad essere molto limitato, ma per un primo saggio di

Digitized by Google

un simile genere è di già abbastanza esteso; ed i risultati, qualunque abbiano ad essere negativi o positivi, riusciranno chiari; che se avessi fatto entrare nuovi e svariati elementi, forse sarebbero andati a danno della chiarezza, sebbene avessero aggiunte maggiori probabilità alle conclusioni.

Intorno alle leggi d'evoluzione del cranio umano si conosce assai poco al dì d'oggi, e una buona parte di quanto si conosce è ricco di contradizioni: sulle correlazioni poi di sviluppo delle diverse parti del cranio, che io mi sappia, non è ancora stato fatto nessun studio completo, tendente allo scopo di ricercare se esistono leggi di correlazioni fra le diverse parti del cranio umano.

Lo SCHAAFFAUSEN asserì, a proposito dell'evoluzione longitudinale e trasversale del cranio, che la testa attinge la massima lunghezza più presto della larghezza; essendo la lunghezza pressochè al *maximum* nell'età di 12 a 14 anni, mentre poi continua ad aumentare nel diametro trasverso.

LECOURTOIS studiando le principali modificazioni morfologiche del cranio umano, dopo la completa ossificazione, asserisce che quelle sono dovute al rigonfiamento delle *bosses* e al cangiamento di curvatura delle ossa della volta e dei parietali in particolare.

WELCKER attribuisce il cangiamento della curvatura cranica a una reazione reciproca del cranio primordiale, la di cui concavità aumenta, e dell'Encefalo, del quale la convessità si esagera.

KOELLIKER respinge l'opinione di WELCKER e crede che il movimento principale in queste modificazioni

Digitized by Google

morfologiche si debba attribuire ai depositi di sostanza ossosa che si farebbero senza alcuna regola al di fuori, al di dentro, nel mezzo e ai margini delle ossa in formazione.

Lecourtois invece afferma che tali depositi si effettuano sempre in modo regolare a tale punto, che si possono riguardare come sommessi ad una legge di ossificazione.

Riguardo poi ai caratteri sessuali dei cranii, Broca, e Welcker affermano che in Europa il cranio della donna è più dolicocefalo di quello dell'uomo; ma Weisbach asserisce invece che il cranio della donna è più brachicefalo.

(Continua).

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

I BAGNI DI LUCE

Rivista del Cav. Dott. **Giuseppe Franchi**

(Continuaz. alla pag. 191, n. 6)

Una quantità di fatti dimostra che l'occhio si stanca e diviene perciò meno sensibile, dietro l'eccitamento prolungato della luce e dei colori, come faticano muscoli e cervello per l'esercizio troppo intenso o prolungato delle loro funzioni. E la fatica della retina non si estende sempre necessariamente sulla sua superficie intiera, perocchè se una parte soltanto di questa membrana è

Digitized by Google

colpita da una piccola imagine chiara e delimitata, questa fatica può restringersi unicamente a detta parte.

Fissando attentamente una macchia nera su una superficie bianca, quest'ultima appare sempre meno illuminata, fino a sembrar grigia, perchè la retina sente sempre meno l'impressione del bianco. Ora, togliendo la macchia nera, l'imagine consecutiva della stessa appare meravigliosamente bianca, quindi negativa. Onde si arguisce che il nero protesse il punto corrispondente della retina, il quale rimase perciò più impressionabile per il bianco.

Guardando attentamente un oggetto colorato, il colore sembra perdere la sua primitiva vivacità; ora, se dirigesi l'occhio su di una superficie uniformemente bianca, l'imagine consecutiva di quell'oggetto apparisce nel suo colore complementare (1), cioè: se l'imagine era rossa, dopo sembra verde bluastra; se rosa, poi sembra verde e viceversa, ecc. Può verificarsi il fatto, osservando il disco solare al suo tramonto, poi guardando un muro bianco posto in vicinanza all'osservatore.

Dietro l'ipotesi di Young sull'esistenza di tre sistemi di fibre nel nervo ottico, di cui l'uno ha la sensazione del rosso, per qualsiasi eccitamento, l'altro quella del verde, il terzo quella del violetto, sono soltanto le fibre della retina sensibili al verde quelle che vengono eccitate e faticano in presenza di una luce verde. Se la medesima parte della retina viene in seguito colpita dalla luce bianca, l'impressione pel verde della stessa è indebolita, mentre dominano la percezione del rosso e del violetto, la combinazione dei quali colori dà il porpora, che

(1) *Complementari* s'intendono quei colori che mescolati fra loro dànno il bianco.

Digitized by Google

mescolandosi col bianco invariabile del fondo produce il colore complementare del verde, il rosa.

Questi fatti dimostrano che la retina può altresì provare una fatica parziale relativamente ai diversi colori.

È poi naturale che se, dopo la fissazione di un dato colore, si guardi il colore complementare di esso, questo risulti all'occhio insolitamente vivo, perchè l'impressione attuale si aggiunge all'eccitamento preesistente. Rivolgendo invece l'occhio sul colore prima osservato, e per cui la retina ha perduto momentaneamente la sensibilità, quel colore non ispiega che una debole impressione luminosa, cioè si vede una specie di grigio. Osservando, infine, un qualunque altro colore, questo si modifica a norma del colore complementare precisamente suscitato nell'occhio. E così, se l'occhio ha trasformato il verde-bleu in rosso, allora il giallo appare ranciato, il bleu-violetto, ecc, ecc.

In genere, osservando attentamente un colore, le fibre che sentirono questo colore sono stanche e la luce bianca ha meno azione su d'esse che su quelle che sentono gli altri colori.

Il *bianco*, il *giallo*, il *rosso* vengono comunemente indicati come le tinte che più colpiscono e scaricano l'occhio.

I Dottori James Dessas e Wac Kendrick dimostrarono che l' impressione della luce anche fugace ed istantanea diminuisce la corrente elettro-motrice naturale della retina e del nervo ottico del 3 al 7 per $^0/_0$, secondo l'intensità della luce stessa. Cessata l'impressione di questa, il potere elettro-motore aumenta bruscamente e riprende press'a poco la sua intensità primitiva.

La luce d'un raggio lunare non condensato, benchè quasi assolutamente privo di raggi calorifici, basta ancora per modificare la forza elettro-motrice della retina e del nervo ottico.

Digitized by Google

Fra i colori dello spettro, quello che valse a produrre la maggiore diminuzione di questa forza è il *giallo*. Tanto dal giallo verso il rosso, che dal giallo verso il violetto l'effetto dei raggi luminosi sul potere elettro-motore della retina e del nervo ottico diminuisce progressivamente, sicchè l'effetto dei raggi termici e di quelli ultra violetti sullo stesso risulta nullo.

Come la diminuzione della forza elettro-motrice d'un muscolo che si contrae, indica uno stato di fatica da parte di questo muscolo, così la diminuzione del potere elettro-motore della retina sotto l'influenza del suo eccitante naturale, la luce, è riguardata dagli stessi sperimentatori corrispondere, dal punto di vista fisico, a quanto chiamasi *fatica* in fisiologia. (*Rev. Scient.* 27 novembre 1875 e 30 giugno 1877).

A carico del *rosso*, il Dr. A. Magner (*Higiène de la vue*, Paris 1866) dice che l'abitudine di scrivere con inchiostro rosso compromette soventi la vista.

Dobrowolsky (*Arch. d'oftalm. di Graefe*, vol. 18, cap. 1°) partendo dal fatto stabilito dalle sue misure, che cioè la sensibilità del nostro occhio per delle ombre deboli è massima nel bleu, minima nel rosso, nel bleu riconoscendosi una differenza nell'intensità della luce di $^1/_{305}$ ad $^1/_{268}$, mentre nel rosso, ad occhio non affaticato, non si riconosce che $^1/_{16}$ e, quando il colore sembra offuscarsi per lunga contemplazione, non più di $^1/_{50}$ ad $^1/_{70}$ di differenza nell'intensità luminosa, conclude che il rosso comportasi come un colore, di cui le gradazioni lascian l'occhio relativamente più insensibile che il bleu.

Basandosi poi sull'osservazione di Dove, che di 2 carte l'una bleu, l'altra rossa, le quali sotto una luce di media bianchezza paiono egualmente chiare, appare invece più chiara quella bleu sotto una luce assai debole, e quella rossa sotto una luce intensa, differenze che risultano anche

Digitized by Google

in modo più marcato nei colori spettrali violetto e rosso, come osservò Helmholtz. Dobrowolsky conclude che il bleu ed il violetto riescono più chiari e sensibili sotto una debole illuminazione, mentre sotto una luce intensa è il rosso che colpisce di più. Per la qual ragione, sotto una luce bianca intensa, come quella del sole, la sensazione pei colori rosso, giallo e verde essendo maggiore che pel bleu e violetto della stessa, la luce medesima ne sembra giallastra, sotto una luce debole, crescendo la sensibilità dell'occhio pel bleu e violetto, la luce stessa ne par bluastra. Sicchè, a splendore di luna il bleu del cielo o dei fiori può riconoscersi ancora distintamente, mentre il giallo ed il rosso appariscono soltanto come un indebolimento del bianco o del grigio bluastro, che è diffuso dappertutto.

Il Magne citato indica il *verde* come il colore più dolce e favorevole alla visione; biasimerebbe però la precauzione di mettere le stanze che si occupano abitualmente al color verde completo, guarnendole cioè di carte, cortine, tappeti di esso colore, perchè ciò indebolirebbe la vista e la renderebbe troppo suscettibile alla influenza della schietta luce del giorno.

Onde, se vuolsi anche affrancare la retina dalla costante impressione d'un solo colore, per dolce che sia, consiglieremo col D^r^ Fienzal alle persone di vista facilmente irritabile, di mettere i loro appartamenti al grigio, sopprimendovi gli oggetti molto riflettenti; che se la luce sarà viva e fortemente riflessa da superficie bianche o liscie, la retina non potrà sostenerne lungamente lo sforzo, e perderà, almeno in dette persone, la propria sensibilità (*Ann. d'hyg. et de mèd. leg.*, sept. 1877).

Quanto agli *occhiali* destinati a proteggere contro l'intensa luce ed i pulviscoli atmosferici. non è molto tempo che si usavano di color verde in diverse malattie della

Digitized by Google

coroide e della retina ed anche quali mezzi di profilassi. Però il Dr Fienzal riguarda l'uso di questi occhiali come un mezzo eccitante, una specie di ginnastica per la retina, utile solo negli indebolimenti e nelle atrofie della pupilla. I vetri verdi, egli dice, lasciano passar raggi gialli e ranciati che sono i più irritanti per la retina, onde il discredito in cui vennero da qualche tempo quegli occhiali.

Quanto al bleu cobalto, prosegue il Fienzal (*loc. cit.*) questo colore, ancora ricco in raggi chimici, esclude il ranciato ed elimina i raggi calorofici; perciò li consiglia allo scopo di diminuire le congestioni coroidee, sì comuni presso i miopi, e l'irritazione retinea prodotta dalla luce troppo intensa.

Questi vetri a tinta chiara non dànno color molto marcato agli oggetti, in maniera da cangiarne troppo l'aspetto e spesso possono servire di sollievo alla retina ancora, perchè, in ragione del posto che ha nello spettro, il bleu gode la proprietà di far convergere leggermente i raggi luminosi. Così il Fienzal li consiglia a preferenza degli occhiali affumicati, che offuscano in massa la luce, ma lasciano passare i raggi chimici e calorifici, e dànno agli oggetti l'aspetto monotono d'un imagine fotografica.

Il Violle citato constatò pure che i vetri quasi neri egualmente che certi vetri rossi lascianti passare solo qualche raggio costituente una stretta parte dello spettro, sono trasparenti ai raggi calorifici oscuri; mentre quei vetri violetti che si lasciano traversare da una metà dello spettro luminoso sono completamente opachi alle radiazioni termiche oscure, sicchè in questa fredda luce violetta il radiometro è quasi immobile. — Anche i vetri bianchi e la maggior parte dei corpi trasparenti alla luce sono più o meno opachi al calore oscuro, talchè nelle serre i vetri in discorso ammettono il calor solare che va unito ai raggi luminosi; le terre ed i fiori si

Digitized by Google

scaldano, ma il calore oscuro ch'essi irradiano poi, non potendo escire traverso alle vetrine, rimane captivo nell'àmbito della serra (*Rev. Sc.*, aprile 1878).

Ad ogni modo, se a titolo di protezione si usano occhiali affumicati o bleu cobalto, preferiscansi quelli a tinta chiara, anche perchè non assoggettino la vista a passaggi troppo grandi di luce. Dessi occhiali esercitino poi un'azione presso a poco nulla sulla forza di rifrazione, del che si accorgerà vedendo che non alterano l'apparenza degli oggetti guardati attraverso ad essi.

Dovendosi far uso di *parasoli*, si preferiscano quelli che esternamente sono bianchi, onde respingano la luce solare, ed internamente bleu o grigi, per lasciare gli organi visivi in calma.

I *paralumi*, all'opposto, siano oscuri all'esterno e bianchi internamente; coprano interamente la fiamma e col loro orlo superiore non aderiscano al tubo di vetro della lucerna, onde il calore del vetro fortemente riscaldato non venga condotto alla periferia del paralume e quindi portato verso l'osservatore, contrariamente alla igiene oculare e cerebrale.

Circa l'effetto piacevole o meno che reca alle persone a vista normale l'impressione di un dato colore o di un aggruppamento di colori, H. Helmohltz dà le seguenti spiegazioni:

I colori saturi concentrano la nostra attenzione e soddisfano egualmente che in musica i suoni puri, pieni, armonici d'una bella voce. Come una voce simile riesce la più espressiva, cioè ogni cangiamento nell'altezza del tono o nel timbro, la menoma interruzione, ciascun aumento o diminuzione nell'ampiezza di esso colpiscono ben più nettamente di quel che se si trattasse d'una voce irregolare e meno piena, così l'impressione di un colore puro riesce non solo più forte ed efficace, ma il menomo

Digitized by Google

effetto della luce vi si rileva facilmente. — In conformità alla teoria di Young, secondo cui la sensazione prodotta dai colori fondamentali proviene dall'eccitazione di una sola specie di fibre retiniche, mentre le altre due specie sono allo stato di riposo o subiscono un'eccitazione relativamente debole, sicchè l'eccitazione prodotta da un color saturo, brillante, lascia non di meno le fibre del nervo ottico nello stesso tempo sensibili alla miscela di altri colori.

Un colore solo però, esteso sopra grande superficie, stanca rapidamente, smussa la sensibilità visiva a suo riguardo. Questo colore allora sembra divenir grigio ed il suo color complementare apparisce su tutte le superficie altrimenti colorate, specialmente se grigie o nere. È perciò che i vestiti aventi un solo colore ed assai saturo stancano presto la vista; essi hanno anche lo svantaggio di spandere sulle mani e sul viso di chi li porta il riflesso del color complementare. — Il bleu, in tal caso, produce il giallo, il violetto del giallo verdastro, il rosso porpora del verde grigiastro, lo scarlatto del verde bluastro, ed inversamente, il giallo dà il bleu, ecc.

Si evita la fatica prodotta da un solo color dominante ponendo l'uno accanto all'altro differenti colori saturi, che producono un certo equilibrio nell'eccitazione dell'occhio, si fanno risaltare mutuamente e contrastano per le loro imagini posteriori. Ciò si ottiene avvicinando fra loro i colori complementari, come il giallo dorato ed il bleu d'oltre mare, il verde grigio ed il porpora . . . . . La vicinanza loro però ha qualcosa di duro ed aspro, forse perchè ne è forza aspettarci di vedere il secondo colore sorgere dappertutto come imagine posteriore del primo. per la qual ragione il secondo colore non si presta sufficientemente come elemento d'una combinazione indipendente. Perciò ne reca gran piacere la combinazione di

Digitized by Google

quei gruppi ove il secondo colore del color complementare si ravvicina al primo, scartandosene tuttavia con qualche nettezza. Così il rosso scarlatto ed il bleu verdastro sono complementari, ma noi avremo un aggruppamento più gradevole se facciamo passare il bleu verdastro sia al bleu d'oltre mare che al verde giallastro (clorofilla). In quest' ultimo gruppo il giallo dominerà, nel primo il rosa.

I colori molto simili l' uno all' altro si nuociono reciprocamente per le imagini loro posteriori; si comunicano una tinta grigia. Si ponno avvicinare colori talmente simili tra loro da sembrare varietà d'uno stesso colore prodotte da una luce o da un'ombra differente. Così le parti ombreggiate del rosso scarlatto si possono rendere col rosso carmino; quelle del giallo paglia col giallo dorato. Ma oltrepassando questi limiti si arriva a gruppi ripugnanti, come il rosso carmino ed il ranciato (rosso giallastro) ed il ranciato col giallo paglia. Bisogna allora aumentare la differenza dei colori per giungere ad aggruppamenti graditi.

Meglio però dei gruppi binarii accarezza la nostra vista la riunione di tre colori che ristabiliscono l'equilibrio dell'impressione, malgrado l'intensità del tono, evitino di stancar l'occhio con un aspetto unico, senza cadere con ciò nella grettezza dei colori complementari. Questo è il caso del rosso, del verde e del violetto, adoperati dai maestri veneziani, triade che corrisponde pressapoco ai tre colori fisiologi fondamentali combinati due a due; dicâsi lo stesso del giallo, del bleu verdastro e del rosso porpora dominanti nelle pitture di Paolo Veronese.

Del resto, non fu possibile sino ad ora stabilire per l'armonia dei colori delle regole così precise e sicure come quelle per la consonanza dei suoni (H. Helmholtz: *Rev. Scent.* 9 settembre 1876.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 35ª settimana

dal 25 al 31 agosto 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	2	4	6	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	1	1	» tubercolose, scrofolose	2	10	12
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	1	2	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	»	1	1	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	»	»	»	» ematiche	1	»	1
Coclussie	»	1	1	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	3	3	» scirrose, cancerose	»	»	»
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	1	»	1
Scarlattina	1	»	1	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	1	1				
» tifoidea e tifo	3	4	7	TOTALE	34	55	89
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	8	8	16
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	1	3				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 35ª settim.ma	42	63	105
Malattie dell'appar.º respiratorio	6	10	16	» nelle settim.e precedenti	2478	2497	4975
» dell'apparato dell'alimentazione	8	9	17				
» dell'app.º cardio-vasale	2	2	4	TOTALE complessivo	2520	2560	5080
» del sistema nervoso	5	4	9				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	1	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2189	2271	4460
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 35ª settimana	73	67	140	3	4	7
Nelle precedenti	2359	2156	4515	195	126	321
TOTALE COMPLESSIVO	2432	2223	4655	198	130	328

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

SAGGIO DI ALCUNI STUDI INTORNO AI CRANI DELLA TOSCANA

DEL DOTT.

PAOLO RICCARDI

(Continuaz. alla pag. 215, N° 7)

Arnold dice che il cranio maschile è un ovale più allungato, il femminile un ovale più arrotondato: il Calori invece asserisce che le donne hanno cranio più dolicocefalo dell'uomo: per ciò che riguarda i fanciulli, il Mantegazza, dice che i fanciulli bolognesi sono più dolicocefali delle fanciulle, sì che Weisbach e Arnold avrebbero ragione.

Il signor Gaussin (1) ha fatto uno studio assai curioso ed interessante sulla relazione fra i tre diametri del cranio umano, applicando una formola matematica allo sviluppo di questi diametri e dei loro rapporti. Secondo questo autore nei crani d'alcune popolazioni dell'Europa occidentale e settentrionale il diametro verticale sarebbe uguale a una

(1) *Bull. Soc. Anthr.* Paris 1865, p. 141.

Digitized by Google

certa frazione del diametro trasversale, più un'altra frazione del diametro longitudinale: il rapporto fra queste due frazioni sarebbe come 3.5 sta ad 1. — Un altro risultato dei calcoli di questo autore, sarebbe che le variazioni del diametro verticale, quando si passa da una popolazione ad un'altra, dipendono molto più dalle variazioni del diametro trasverso, di quelle del diametro antero-posteriore. Così pure per i « Crania Helvetica » le variazioni del diametro verticale dipendono più dalle variazioni del diametro trasverso che da quelle del diametro antero-posteriore.

L'indice verticale crescerebbe, secondo Gaussin, nel tempo stesso dell'indice orizzontale, e il diametro verticale sarebbe presso a poco uguale a $^2/_3$ del diametro verticale (?), più un po' meno di $^1/_5$ del diametro orizzontale. Il diametro antero-posteriore sarebbe uguale a cinque volte il verticale, meno tre volte e mezza il trasversale. Il diametro trasverso sarebbe uguale a una volta e mezza il diametro verticale, meno un po' più di un quarto del diametro antero-posteriore.

Siccome, secondo l'autore, le variazioni del diametro verticale sono più in funzione del diametro trasverso che del longitudinale, così per rendersi conto del passaggio del tipo dolicocefalo al brachicefalo, suppone che il cranio provi come un ostacolo a svilupparsi nel senso della lunghezza e che lo sviluppo si faccia allora negli altri due modi.

Il rapporto fra il diametro verticale e il diametro trasverso, sarebbe uguale ad una quantità costante più una certa frazione del valore inverso dell'indice cefalico ordinario.

Digitized by Google

« Benchè nella testa brachicefala il diametro ver-
« ticale sia generalmente più grande che nella testa
« dolicocefala, tuttavia si vede che il rapporto di
« questo diametro al trasverso è nel tempo stesso
« meno grande. In altri termini a misura che la
« testa diviene più brachicefala, il diametro verti-
« cale può crescere, ma il suo accrescimento è meno
« grande di quello del diametro trasverso.

Questi risultati ai quali il signor GAUSSIN è pervenuto colle semplici formule matematiche, sono importantissimi, giacchè fanno un po' di luce nell'intricatissima questione delle correlazioni di sviluppo del cranio, tuttavia vedremo che non sempre i fatti corrispondono ed assicurano le conclusioni alle quali è arrivato il distinto cranialogo-matematico francese.

BAMBINI TOSCANI

(Prima infanzia)

Nella prima infanzia sono compresi 13 esemplari di bambini dal neonato (n° 881) al bambino di anni 6 (n° 1407); questi crani sono tutti ben formati, normali, meno uno (n° 510) che è un po' idrocefalo.

Dall'esame della *Tavola prima* vediamo il diametro antero-posteriore massimo crescere assai a seconda dello sviluppo da 107 mm. a 171 mm., attingendo una media di 155 mm.; osserviamo pure il diametro trasverso massimo crescere da 97 mm. a 140 mm., raggiungendo una media di 125 mm.

Il diametro basilo-bregmatico s'aumenta pure al crescere dell'età ma in una maniera molto irregolare; cresce da 81 mm. a 128 mm., avendo per media 113 mm.

Digitized by Google

L'altezza facciale cresce regolarmente, ma rapidamente; nei primi sei anni di vita raddoppia le dimensioni longitudinali, ciò che non avviene per i diametri preindicati; la distanza bizigomatica cresce regolarmente da 68 mm. a 105 mm. con una media di 92 mm., questo accrescimento trasversale della faccia, nella prima infanzia, si fa meno regolarmente. È però da notarsi come nei primi 20 mesi di vita l'accrescimento della distanza bizigomatica è rapido e regolare; mentre dopo, aumentando ancora, si presentano dei casi di diminuzione, di ritardo nello sviluppo.

Per quanto riguarda la forma del cranio (indice cefalico) non ci è per nulla palesata in modo positivo; vi sono degli eminentemente brachicefali, come il neonato, ma vi si notano ancora dei mesoticefali e dei sotto-brachicefali, dei sotto-dolicocefali; la media sarebbe sotto-brachicefala, ma dall'esame delle cifre si vede in modo chiaro che in questa età, fra i diametri craniani, non v'ha correlazione normale di sviluppo.

Così per l'indice verticale abbiamo più spesso megasemi e microsemi, sicchè la media risulta mesosema; del resto però si vede la tendenza che ha il cranio a crescere più in altezza, proporzionatamente, che in lunghezza.

L'indice facciale è in origine microsemo, perchè alla nascita il cranio è più sviluppato della faccia; ma desso cresce rapidamente per diventare mesosemo dai quattro anni di vita in avanti; l'altezza e la larghezza della faccia crescono rapidamente nei primi anni di vita e la correlazione dei due diametri è quasi raggiunta nella prima infanzia. Questo fatto è importante, perocchè ci darebbe la ragione dell'altro fatto della somiglianza fisionomica che molti bambini

Digitized by Google

N. d'ordine	Num. di Catalogo	ETÀ	Sesso	Località	D. ant. post. mass.	D. trasverso mass.	D. basil. breg.	Altezza facciale	Distanza bizigomat.	Indice cefalico		Indice verticale		Indice facciale		1° rapporto	2° rapporto	3° rapporto	OSSERVAZIONI
Bambini Toscani																			
1	881	neon.°	f.	Firenze	107	97	81	34	68	90.65	B.	75.69	mega	50.00	micro	119.76	66.05	55.18	*Nota* - Prima infanzia, dalla nascita al 6° anno di vita.
2	741	m. 7 1/2	m.	Galluzzo	127	110	97	48	81	86.61	B.	76.38	mega	59.28	micro	113.39	77.61	68.43	
3	1380	m1.3 1/2	m.	Toscano	152	117	103	52	85	76.97	S.D.	67.76	micro	61.17	micro	113.59	90.28	79.34	Le misure sono in millimetri.
4	1379	m. 16	f.	»	158	113	109	57	86	71.52	D.	68.98	micro	66.27	meso	103.68	96.07	92.67	
5	1378	m. 20	m.	»	146	126	110	59	94	86.30	B.	75.34	mega	62.76	micro	114.67	83.31	72.72	
6	410	a. 3	m.	» (1)	166	127	105	60	90	76.50	S.D.	63.25	micro	66.66	meso	120.94	103.77	87.13	(1) Cranio con caratteri evidenti di idrocefalia.
7	1377	a. 4	m.	Firenze	164	134	121	67	98	81.70	S.B.	73.76	meso	68.36	meso	110.73	92.65	83.67	
8	1374	a. 4	m.	Bigallo	157	140	122	71	105	89.17	B.	77.70	mega	67.61	meso	114.81	87.14	75.83	
9	1758	a. 5	m.	Ripoli	165	132	120	68	100	79.99	M.	72.72	meso	68.00	meso	109.99	93.51	85.01	*Nota* - Le suture basilari di questi crani sono, naturalmente, tutte aperte.
10	739	a. 5	f.	Firenze	168	129	115	61	90	76.78	S.D.	68.45	micro	67.77	meso	112.17	99.00	88.29	
11	407	a. 6	f.	Sesto F.	171	140	120	65	93	81.87	S.B.	70.17	micro	68.42	meso	116.67	97.50	83.57	
12	1373	a. 6	m.	Galluzzo	167	130	118	67	100	77.84	M.	70.66	micro	67.00	meso	110.16	94.68	85.67	1° rapp. - cefalico-verticale - 100 —
13	1407	a. 6	m.	Firenze	170	135	128	70	105	79.41	M.	75.29	mega	66.66	meso	105.47	88.55	83.94	2° rapp. - facciale-verticale - 100 —
				Media	155	125	113	59	92	81.94	S.B.	72.01	meso	64.52	micro	114.15	90.00	80.10	3° rapp. - facciale-cefalico - 100.

Digitized by Google

presentano coi loro genitori, sino dalla più tenera età; la correlazione fra i due diametri della faccia non sarà l'unico fattore, ma è certo uno dei più importanti.

Il primo rapporto, fra gli indici cefalico e verticale (= 100), è assai grande nella prima età, ma mostra la tendenza a diminuire; la grandezza del rapporto, sebbene poco regolata nella prima infanzia, dipende dal disequilibrio e dall'assenza di correlazione fra l'altezza del cranio e le altre due dimensioni; vedremo però che nella seconda infanzia s'istituisce l'equilibrio.

Il secondo rapporto, fra gli indici facciale e verticale (= 100); vediamo l'indice facciale in media microsemo, il verticale in media mesosemo e vediamo il secondo rapporto accrescersi perchè l'uno dei fattori, l'indice facciale, tende a diventar mesosemo e l'indice verticale non presenta grandi variazioni.

Il terzo rapporto, fra l'indice facciale e il cefalico (= 100), è certamente il più importante; i due diametri della cassa cranica e i due diametri della faccia sono paragonati fra di loro e siccome si è fatto l'indice cefalico = 100, così abbiamo le variazioni dell'indice facciale in rapporto all'indice cefalico. Sappiamo che nella prima infanzia sull'indice cefalico non v'ha molto di costante, salvo la tendenza in generale di passare dalla brachicefalia alla mesoticefalia; ma l'indice facciale da microsemo diventa mesosemo e se noi chiediamo al terzo rapporto un risultato sul paragone di questi indici, vediamo che l'indice della faccia del neonato è quasi la metà dell'indice cefalico, avendo questa una grande preminenza nell'intiera testa: ma poi, nel nostro caso, il cranio tende alla mesoticefalia dalla sotto-brachicefalia, ossia s'allunga

Digitized by Google

assai di più di quello che si allarga, e la faccia cresce anche lei ne' due diametri, ma in proporzione maggiore del cranio, così che crescendo il terzo rapporto ci mostra, come la faccia tenda ad occupare sempre un posto maggiore nel cranio sino a che abbia raggiunto quell'equilibrio, fra cranio e faccia, che mantiensi come correlazione di sviluppo in tutta la vita.

FANCIULLI TOSCANI

(Seconda infanzia).

In questa ho compresi gl' individui dall'età di 7 anni a quella di 14 anni: gli esemplari normali e che poterono essere studiati furono quattordici complessivamente e senza tener calcolo del sesso.

Tutti i diametri del cranio e l'altezza e la larghezza facciale proseguono a crescere e dalle medie della *Tav. Seconda* risulta che il diametro ant. post. mass. è cresciuto di $^1/_{11}$ circa dal precedente della prima infanzia; il diametro trasverso massimo è aumentato di circa $^1/_{15}$; il basilo-bregmatico circa di $^1/_{11}$; l'altezza della faccia è aumentata di $^1/_4$, la distanza bizigomatica di $^1/_6$.

Dei tre diametri craniani, l'altezza e la lunghezza, sono accresciuti proporzionatamente in modo uguale: il trasverso massimo s'è accresciuto di meno assai; l'altezza della faccia è grandemente aumentata, e la distanza bizigomatica pure è aumentata d'assai.

Riguardo poi all'indice cefalico vediamo la media della prima infanzia essere sotto-brachicefala, quella della seconda infanzia mesoticefala; mesoticefalia che si fa ancora più pronunziata nella giovinezza e negli adulti e che va a caratterizzare i crani Toscani. Nella seconda infanzia adunque i diametri

Digitized by Google

craniani, senza avere raggiunto il completo sviluppo, sono però in quelle proporzioni d'equilibrio che mantengono press'a poco per tutta la vita.

L'indice verticale è mesosemo, come per la prima infanzia; ciò che va a maggiormente confermarci nell'idea che la correlazione di sviluppo fra l'altezza e la larghezza della faccia fa capolino sino dai primi anni di vita.

L'indice facciale che nella prima infanzia era microsemo, in questa è diventato mesosemo, pel fatto del maggiore aumento dell'altezza facciale, rispetto alla distanza bizigomatica.

Il primo rapporto che era già nella prima infanzia 114.15, è diventato 107.69 in questa; sappiamo che l'indice cefalico tende alla dolicocefalia (da sottobrachicefalo è passato mesoticefalo); l'indice verticale invece è mesosemo tanto nella prima che nella seconda infanzia; abbiamo viste le variazioni dei diametri e degli indici, così che dal rapporto risulta che l'indice verticale aumentato della stessa proporzione ne' suoi due fattori non presenta alcuna influenza nel rapporto; l'indice cefalico, aumentato meno nel diametro trasverso, fa tendere questo indice alla dolicocefalia e fa diminuire il rapporto fra l'indice cefalico e il verticale.

Il secondo rapporto fra l'indice facciale e il verticale è naturalmente un prodotto delle variazioni degli indici e dei fattori degli indici; così che abbiamo l'indice facciale accresciuto, il verticale costante, e il secondo rapporto accresciuto da 90.00 (prima infanzia) a 94.51 (seconda infanzia).

Il terzo rapporto è dato dai due fattori indice facciale accresciuto, indice cefalico un po' diminuito; cosicchè mentre nella prima infanzia la faccia al

Digitized by Google

N. d'ordine	Num. di catalogo	ETÀ	Sesso	Località	D. ant. post. mass.	D. trasversale mass.	D. basil. breg.	Altezza facciale	Distanza bizigomat.	Indice cefalico		Indice verticale		Indice facciale		1° rapporto	2° rapporto	3° rapporto	OSSERVAZIONI
				Fanciulli Toscani															
1	742	anni 7	m.	Firenze	169	128	122	74	105	75.74	S.D.	72.19	meso	70.47	mega	104.91	96.78	93.04	*Nota* - Seconda infanzia, dal settimo al quattordicesimo anno.
2	738	» 7	m.	»	173	140	123	71	103	80.92	S.B.	71.09	micro	68.92	meso	113.92	96.93	85.17	
3	408	» 7	f.	Pistoia	165	125	123	65	107	75.75	S.D.	74.54	meso	60.74	micro	101.62	84.30	80.09	
4	1762	» 7	m.	Firenze	161	134	126	71	99	83.23	B.	78.26	mega	71.71	mega	106.32	90.35	86,16	
5	1376	» 7	?	»	173	132	124	73	100	76.30	S.D.	71.67	micro	73.00	mega	106.45	101.85	95.67	Le misure sono in millimetri.
6	1760	» 7	m.	Galluzzo	170	131	123	70	109	77.05	S.D.	72.35	meso	64.22	micro	106.49	87.78	83.34	
7	727	» 8	m.	Toscano	175	137	120	68	109	78.28	M.	68.57	micro	62.38	micro	111.24	90.97	79.58	
8	1372	» 9	m.	Firenze	179	142	129	80	105	79.33	M.	72.06	meso	76.18	mega	110.08	105.71	96.01	*Nota* - Le suture basilari di questi crani sono aperte.
9	1404	» 9	f.	»	170	135	120	75	111	79.41	M.	70.58	micro	67.57	meso	112.51	95.73	85.09	
10	875	» 10	f.	Pontass.	170	129	123	72	106	75.88	S.D.	72.35	meso	67.92	meso	104.87	93.87	89.51	
11	1375	» 13	f.	Bignano	168	130	126	73	110	77.38	M.	74.99	meso	66.36	meso	103.05	87.92	83.77	
12	1751	» 13	f.	Firenze	181	132	124	78	112	72.92	D.	68.50	micro	69.64	mega	106.45	101.66	95.50	1° rapp. - l. cefalico e l. verticale - 100
13	1780	» 14	m.	»	176	135	128	80	110	76.70	S.D.	72.72	meso	72.72	mega	105.47	100.00	93.50	2° rapp. - l. facciale e l. verticale - 100
14	173	» 14	f.	Sesto	159	135	118	74	117	84.90	B.	74.21	meso	63.25	micro	114.40	88.19	75.67	3° rapp. - l. facciale e l. cefalico - 100
				Media	169	133	123	73	107	78.12	M.	72.43	meso	68,22	meso	107.69	94.51	87.43	

Digitized by Google

cranio era 80.10, nella seconda infanzia va a 87.43; ciò che vuol dire che la faccia è accresciuta in maggiori proporzioni del cranio e tende ad occupare una parte maggiore nella testa, mentre nei bambini la cassa cranica occupa una parte maggiore assai. Ma basta del resto osservare una serie di crani di fanciulli da 6 anni a 14 anni, per vedere chiaramente che le ossa facciali aumentano in proporzioni maggiori della cassa cranica.

GIOVANI TOSCANI

Questa serie di crani comprende esseri da 14 a 25 anni, alcuni dei quali hanno ancora la sutura basilare aperta (15 a 16 anni m.) e gli altri l'hanno già saldata.

Questi crani sono in numero di 16, dei quali 11 maschi e 5 femmine. *Tavola Terza.*

Prima faremo le osservazioni complessive senza tenere calcolo del sesso, ma solo dell'età; poscia aggiungeremo alcune brevi note tenendo calcolo del sesso e dell'età; faccio però sino ad ora notare che stante il piccolo numero di crani femminili le osservazioni sulle differenze sessuali non possono avere una grande importanza e molti risultati potranno venire modificati.

Osservando le medie della *Tav. III* vediamo che tutti i diametri craniani e facciali sono accresciuti, passando dalla prima alla seconda infanzia: sicchè risulta che il diametro antero-posteriore massimo è accresciuto di $^1/_{88}$; il trasverso di $^1/_{33}$; il basilo-bregmatico di $^1/_{40}$; l'altezza facciale di $^1/_9$; la distanza bizigomatica di $^1/_6$. Scorgesi già a prima vista che mentre il cranio s'è aumentato di poco, la faccia e la distanza bizigomatica in ispecie, sono aumentate in proporzioni assai maggiori.

Digitized by Google

Se poi paragoniamo gli aumenti avvenuti fra la prima e la seconda infanzia, con questi fra la seconda infanzia e la giovinezza, vediamo che il diametro ant. post. mass. è aumentato di una piccolissima quantità, il trasverso di una quantità un po' maggiore; il basilo-bregmatico di quantità un po' minore del trasverso; la faccia è accresciuta meno in altezza e ugualmente in larghezza, passando dalla seconda infanzia alla giovinezza. Mentre adunque i diametri craniani aumentano di piccolissima quantità, i diametri facciali s'accrescono assai di più, mantenendo la correlazione, l'armonia e andando ad occupare una maggiore quantità di spazio nel cranio intero.

L'indice cefalico dei giovani toscani è in media mesoticefalo, accostantesi però assai meno del precedente alla sotto-dolicocefalia: l'indice verticale è ancora mesosemo, ma va accostandosi al megasemo; il faciale è pure mesosemo, accostantesi al megasemo più del corrispondente precedente.

Il primo rapporto (cefalico-verticale) diminuisce di una piccola quantità per la tendenza che ha l'indice cefalico alla dolicocefalia.

Per quanto riguarda il secondo rapporto differisce di poco dal precedente della seconda infanzia.

Il terzo rapporto diminuisce dal caso corrispondente e precedente; queste anomalie e queste variazioni che troviamo nella giovinezza non sappiamo a dir vero spiegarle; sicchè piuttosto che ricorrere ad ipotesi poco fondate, o ad immaginarie congetture, ci contentiamo di constatare i fatti, salvo poi a spiegarli, quando nuovi e più ricchi materiali, ci daranno maggior ragione per farlo.

Ed ora aggiungerò due parole, sulle differenze sessuali che riscontransi nella giovinezza.

Digitized by Google

TAVOLA TERZA

N. d'ordine	Num. di catalogo	ETÀ	Sesso	Località	D. ant. post. mass.	D. trasversale mass.	D. basil. breg.	Altezza facciale	Distanza bizigomat.	Indice cefalico		Indice verticale		Indice facciale		1° rapporto	2° rapporto	3° rapporto	OSSERVAZIONI
				Giovani Toscani (1)															
1	1396	anni 15	m.	Firenze	178	144	130	87	126	80.90		73.03		69.04		110.77	94.53	85.34	*Nota* - Giovinezza, compresa fra i 14 e i 25 anni.
2	1406	» 16	m.	»	165	140	129	83	125	84.85		78.18		66.40		108.53	87.48	78.26	
3	1409	» 17	m.	»	119	138	132	87	124	77.09		73.74		70.16		104.70	95.14	91.01	
4	1390	» 18	f.	»	170	135	125	73	115	79.41		73.53		63.47		107.99	87.67	79.80	Le misure sono in millimetri.
5	1416	» 19	f.	»	166	136	124	85	121	81.92		74.70		70.24		109.66	94.03	85.74	
6	1364	» 19	m.	»	186	140	126	93	123	75.27		77.74		75.01		109.63	110.73	99.64	
7	1370	» 20	m.	»	176	139	127	85	129	78.97		72.15		65.89		109.45	92.71	83.43	
8	1393	» 20	m.	»	175	145	131	94	131	82.85		74.85		71.75		110.68	94.53	86.60	*Nota* - Le suture basilari dei crani segnati ai n.i d'ordine 1-2 sono tuttora aperte; quelle dei rimanenti crani sono già saldate.
9	1411	» 20	f.	»	172	135	125	86	123	78.49		72.67		66.12		108.01	90.83	84.24	
10	1371	» 21	f.	»	167	132	123	82	117	79.04		73.65		70.09		107.31	95.30	88.65	
11	1399	» 21	m.	»	183	135	131	92	117	73.77		71.58		78.63		103.06	109.85	106.58	
12	1400	» 23	m.	»	181	136	139	90	125	75.13		76.79		72.00		97.37	93.76	93.17	
13	1401	» 24	f.	»	167	138	125	86	134	82.63		74.85		64.18		110.39	85.77	76.61	
14	1393	» 24	m.	»	179	134	131	90	129	74.85		79.18		69.76		102.23	92.54	86.51	(1) Disposizione a seconda dell'età.
15	1365	» 24	m.	»	176	143	125	85	129	81.25		71.02		65.89		114.54	92.79	81.09	
16	1367	» 25	m.	»	187	146	135	104	137	78.07		72.19		75.91		106.14	103.63	97.25	
				Media	171	137	127	81	124	79.36	M.	73.50	meso	68.79	meso	107.53	93.89	86.44	

Digitized by Google

N. ordine	Num. di Catalogo	ETÀ	Sesso	Località	D. ant. post. mass.	D. trasversale mass.	D. basil breg.	Altezza facciale	Distanza bizigomat.	Indice cefalico		Indice verticale		Indice facciale		1° rapporto	2° rapporto	3° rapporto	OSSERVAZIONI
				Giovani Toscani (1)															(1) Disposizione a seconda del sesso e anche dell'età, dei medesimi crani.
1	1396	anni 15	m.	Firenze	178	144	130	87	126	80.90		73.03		69.04		110.77	94.53	85.34	
2	1406	» 16	m.	»	165	140	129	83	125	84.85		78.18		66.40		108.53	87.49	78.26	
3	1409	» 17	m.	»	179	138	132	87	124	77.09		73.74		70.16		104.70	95.14	91.01	
4	1364	» 19	m.	»	186	140	126	93	123	75.27		67.74		75.01		109.63	110.73	99.64	
5	1370	» 20	m.	»	176	139	127	85	129	78.97		72.15		65.89		109.45	92.71	83.43	
6	1393	» 20	m.	»	175	145	131	94	131	82.85		74.85		71.75		110.68	94.53	86.60	
7	1399	» 21	m.	»	183	135	131	92	117	73.77		71.58		78.63		103.06	109.65	106.38	
8	1400	» 23	m.	»	181	136	139	90	125	75.13		76.79		72.00		97.37	93.76	93.17	
9	1395	» 24	m.	»	179	134	131	90	129	74.85		73.18		67.76		102.25	92.54	86.31	1° rapp. - I. cefal. e I. vert. - 100.
10	1365	» 24	m.	»	176	143	125	85	129	81.25		71.04		65.89		114.54	92.79	81.09	2° rapp. - I. fac. e I. vert. - 100.
11	1367	» 25	m.	»	187	146	135	104	137	78.07		72.19		75.91		106.17	103.63	97.23	3° rapp. - I. fac. e I. cefal. - 100.
				Media	175	140	130	90	127	78.43	M.	73.13	meso	70.76	meso	106.47	97.06	89.89	
1	1390	» 18	f.	Firenze	170	135	125	73	115	79.41		73.53		63.47		107.99	87.67	79.80	
2	1416	» 19	f.	»	166	136	124	85	121	81.92		74.70		70.24		109.66	94.03	85.74	
3	1411	» 20	f.	»	172	135	125	86	123	78.49		72.67		66.12		108.01	90.83	84.24	
4	1371	» 21	f.	»	167	132	123	82	117	79.04		72.65		70.09		107.31	95.30	88.65	
5	1401	» 24	f.	»	167	138	125	86	134	82.63		74.85		64.18		110.39	85.77	76.61	
				Media	168	135	124	82	122	80.30	S.B.	73.88	meso	66.82	meso	108.67	90.72	83.00	

Digitized by Google

I diametri craniani e facciali, nella femmina sono diminuiti e mentre il maschio tende alla mesoticefalia, la femmina tende alla sotto-brachicefalia: l'indice verticale è mesosemo in ambedue i sessi; ma mentre l'indice facciale è in media megasemo nei maschi, rimane mesosemo nelle femmine. Il primo rapporto è accresciuto nelle giovani e a questo riguardo s'accostano di più ai bambini; il secondo rapporto nelle donne è molto diminuito e anche per ciò desse s'avvicinano di più ai fanciulli; il terzo rapporto notevolmente diminuito nella donna che ha perciò la faccia più piccola, rispetto al cranio, dell'uomo.

Tutti questi fatti vanno a costituire delle differenze sessuali e sarebbero importantissimi, se il piccolo numero di crani sui quali sono basati, non fossero per indicarci le enormi variazioni alle quali forse andranno soggetti, c' indicherebbero che il cranio femminile nella giovinezza, non solo ha dimensioni minori del cranio maschile, non solo è più brachicefalo e ha gli indici verticali e facciali diminuiti, ma eziandio i rapporti fra questi indici variano in modo negativo ed il cranio femminile sarebbe per la correlazione di sviluppo delle parti più *bambino* del cranio maschile.

Ma annunciando questi fatti, non intendiamo di asserirlo come invariabile; sebbene nello studio delle differenze sessuali dei crani adulti, molti di tali fatti siano confermati.

ADULTI TOSCANI

Innanzi tutto considero i crani adulti complessivamente, senza porre la distinzione di sesso, ma nei caratteri più generici di correlazione di sviluppo in paragone coi giovani Toscani.

Digitized by Google

I crani adulti sono complessivamente 36, compresi fra l'età di 26 a 55 anni. *Tavole IV* e *V*.

La media complessiva dei diametri facciali e craniani supera od uguaglia la media complessiva degli stessi diametri nei giovani; il diametro antero-posteriore massimo s'accresce di $^1/_{12}$ dal corrispondente dei giovani; il trasverso massimo s'aumenta di $^1/_{137}$; il basilo-bregmatico è uguale; la faccia è cresciuta di $^1/_{27}$; la distanza bizigomatica di $^1/_{62}$.

Anche in questo caso adunque la faccia è aumentata assai più del cranio; e il diametro antero-posteriore, dalla giovinezza all'età adulta, è accresciuto più del trasverso, che è aumentato di una piccolissima quantità; e del basilo-bregmatico che non è punto aumentato: l'altezza adunque del cranio raggiunge il massimo nella giovinezza, e quasi la stessa cosa si può dire per la larghezza, mentre la lunghezza (s'intende che qui si parla di crani toscani) è aumentata, colla faccia nelle sue due dimensioni.

L'indice cefalico complessivo s'accosta alla sotto-dolicocefalia, sebbene sia mesoticefalo; l'indice verticale s'accresce, perchè l'uno dei fattori (diametro ant. post. mass.) è accresciuto; l'indice facciale resta press'a poco uguale e mesosemo.

Il primo rapporto va diminuendo, perchè diminuisce uno dei fattori (indice cefalico).

Il secondo rapporto diminuisce lievemente.

Il terzo rapporto s'accresce, perchè s'accrescono i due fattori e la faccia cresce ancora di più che il cranio.

Per ciò che riguarda le differenze sessuali, vediamo che i diametri craniani e facciali sono tutti diminuiti, in media, nelle femmine; l'indice cefalico è mesoticefalo nelle femmine e sotto-dolicocefalo nei maschi;

Digitized by Google

TAVOLA QUARTA

N. d'ordine	Num. di Catalogo	ETÀ	Sesso	Località	D. ant. post. mass.	D. trasversale mass.	D. basil. bregm.	Altezza facciale	Distanza bizigomat.	Indice cefalico		Indice verticale		Indice facciale		1° rapporto	2° rapporto	3° rapporto	OSSERVAZIONI
Adulti Toscani (1)																			
1	1305	adulto	m.	Toscana	176	140	136	—	132	79.54	M.	77.27	mega	—	—	102.93	—	—	*Nota* - Questi crani appartengono a persone adulte, di età comprese fra il 25° e il 55° anno.
2	1295	»	»	»	178	132	132	89	133	74.15	D.	74.15	meso	66.91	meso	100.00	90.21	90.21	
3	1336	»	«	»	190	136	135	91	131	75.56	D.	71.05	micro	69.46	mega	100.74	97.90	97.03	
4	1326	»	»	»	180	140	129	97	131	77.77	S.D.	71.66	micro	74.04	mega	108.52	103.32	95.69	
5	1339	»	»	»	190	138	140	95	135	72.63	D.	73.68	meso	70.37	mega	98.98	95.49	96.88	
6	1299	»	»	»	182	145	130	94	140	79.67	M.	71.42	micro	67.14	meso	111.55	94.00	84.27	
7	1330	»	»	Firenze	190	140	135	89	137	73.68	D.	71.05	micro	64.96	micro	103.70	91.42	88.28	(1) Maschi.
8	1311	»	»	»	180	136	129	89	130	75.55	S.D.	71.66	micro	68.46	meso	105.42	95.52	90.60	
9	1337	»	»	»	186	140	138	93	135	75.27	S.D.	74.19	meso	70.37	mega	101.45	94.15	93.49	
10	1310	»	»	»	180	130	125	89	138	72.22	D.	69.44	micro	69.49	micro	104.00	92.87	96.21	
11	1783	»	»	»	182	148	132	94	130	81.31	S B.	72.52	meso	72.30	mega	112.12	99.69	88.91	1° rapp. - cefalico, verticale - 100.
12	1367	»	»	»	187	146	135	104	137	78.07	M.	72.19	meso	75.91	mega	108.14	105.15	95.95	2° rapp. - facciale, verticale - 100.
13	725	»	»	»	172	146	128	89	139	84.88	B.	74.42	meso	64.03	micro	114.18	86.02	76.74	3° rapp. - facciale, cefalico - 100.
14	170	»	»	»	176	149	132	92	135	84.65	B	74.99	meso	68.15	meso	112.88	90.87	80.51	
15	1433	»	»	»	183	155	139	94	140	84.70	B.	75.95	mega	64.28	micro	111.52	84.63	75.76	
16	1393	»	»	»	175	145	131	94	131	82.85	S.B	74.85	meso	71.75	mega	110.68	95.05	86.55	
17	1386	»	»	»	182	134	123	90	130	73.62	D.	67.38	micro	69.23	mega	108.93	102.44	94.03	
18	877	»	»	»	184	140	136	87	133	76.08	S.D.	73.91	meso	65.41	micro	104.11	88.44	85.93	
19	1368	»	»	»	187	138	135	85	137	73.79	D.	72.19	meso	62.04	micro	102.21	85.79	84.07	
20	1417	»	»	»	173	140	133	93	127	80.92	S.B.	76.87	mega	73.23	mega	105.26	95.26	90.49	
			(m.)	Media	182	143	132	90	134	77.64	S.D.	73.05	meso	68.81	meso	106.36	94.11	89.03	
	m. e f.)	media		compless.	175	138	127	84	126	78.73	M.	73.61	meso	68.14	meso	107.02	92.76	87.00	

Digitized by Google

TAVOLA QUINTA

N. d'ordine	Num. di Catalogo	ETÀ	Sesso	Località	D. ant. post. mass.	D. trasversalo mass.	D. basil. breg.	Altezza facciale	Distanza bizigomat.	Indice cefalico		Indice verticale		Indice facciale		1° rapporto	2° rapporto	3° rapporto	OSSERVAZIONI
Adulti Toscani (1)																			
1	416	Adulto	f.	Toscana	173	129	131	78	114	74.56	D.	75.72	mega	68.42	meso	98.35	90.36	91.76	*Nota* - Questi crani appartengono a persone adulte di età comprese tra il 25° e il 55° anno.
2	1381	»	»	»	167	126	125	75	118	75.45	S.D.	74.85	meso	63.56	micro	100.80	86.25	84.37	
3	870	»	»	»	170	119	124	86	114	70.00	D.	72.94	meso	75.44	mega	95.96	103.42	107.77	
4	1390	»	»	»	170	135	125	73	115	79.41	M.	73.53	meso	63.47	micro	107.99	86.31	79.80	
5	871	»	»	»	170	149	126	82	123	87.64	B.	74.11	meso	66.67	meso	118.25	89.68	76.07	(1) Femmine.
6	1765	»	»	»	172	137	130	75	119	79.65	M.	78.58	mega	63.02	micro	101.34	80.19	79.47	
7	1371	»	»	»	167	132	123	82	117	79.04	M.	73.65	meso	70.09	mega	107.31	95.30	88.67	
8	1767	»	»	»	172	131	111	80	117	76.16	S.D.	64.53	micro	68.38	meso	119.57	107.53	89.78	
9	1384	»	»	»	167	137	126	83	127	82.03	S.B.	75.45	mega	65.35	micro	108.73	86.61	79.65	
10	166	»	»	»	167	127	127	79	112	76.05	S.D.	76.05	mega	70.53	mega	100.00	92.74	92.74	1° rapp. - cefalico, verticale - 100.
11	1427	»	»	»	166	132	120	80	119	79.51	M.	72.29	meso	67.22	meso	109.98	92.98	84.54	
12	1753	»	»	»	161	138	122	83	117	85.71	B.	75.77	mega	70.94	mega	112.98	43.63	82.76	2° rapp. - facciale, verticale - 100.
13	1766	»	»	»	169	140	128	82	125	82.84	S.B.	73.74	mega	65.60	micro	109.34	86.61	79.17	
14	732	»	»	»	164	134	120	84	121	81.70	S.B.	73.17	meso	69.42	mega	111.63	91.90	84.96	3° rapp. - facciale, cefalico - 100.
15	716	»	»	»	164	133	117	73	118	81.09	S.B.	71.34	meso	61.86	micro	113.65	86.70	76.28	
16	1777	»	»	»	162	140	128	84	179	86.42	B.	79.01	mega	70.64	mega	109,34	89.48	81.79	
			(f.)	media	168	133	123	79	118	79.82	M.	74.17	meso	67.47	meso	107.82	91.41	84.97	

Digitized by Google

dunque la femmina tende di più alla brachicefalia del maschio. L'altezza del cranio è di poco differente, essendo mesosema in ambedue i sessi, però il cranio femminile appare più alto, ciò che del resto può dipendere dal fatto che il diametro antero-posteriore massimo nella donna è assai più breve che nel maschio; l'indice facciale è mesosemo in ambedue; il maschio però tende ad essere più megasemo della femmina.

Riguardo ai rapporti vediamo aumentare nelle femmine il primo rapporto; diminuire il secondo e il terzo rapporto, fatti tutti che avvicinano la donna alle forme inferiori o di giovinezza più dell'uomo.

Questi sono i fatti che risultano dalle tavole delle misure: ed ora cercheremo di riassumere questi caratteri di sviluppo del cranio toscano.

Di alcuni caratteri di sviluppo del cranio toscano.

Ora noi non consideriamo che quelle misure che sono state prese, gli indici che derivano da queste misure e i rapporti fatti fra questi indici. *Tavola VI.*

1° Il diametro antero-posteriore massimo che, in media, è 155 mm. nella prima infanzia, accresce in media successivamente, dalla seconda infanzia, alla giovinezza, all'età adulta di $^1/_{11}$, di $^1/_{88}$, di $^1/_{42}$. È solo adunque all'età adulta che questo diametro attinge il suo massimo di sviluppo.

2° Il diametro trasverso massimo che, in media, è 125 mm. nella prima infanzia, accresce in media successivamente di $^1/_{15}$, di $^1/_{33}$, di $^1/_{137}$; questo diametro perciò raggiunge assai più presto del precedente il suo massimo sviluppo.

3° Il diametro basilo-bregmatico s'accresce dalla prima infanzia di $^1/_{11}$, di $^1/_{40}$, di $^1/_{50}$; nella giovinezza adunque il cranio toscano non raggiunge il massimo di sviluppo: ma prosegue a crescere.

Digitized by Google

4° L'altezza facciale cresce rapidamente dall'infanzia all'età adulta, aumentando, in media, di $^1/_4$, di $^1/_9$, di $^1/_{27}$. È solo nell'età adulta che la faccia acquista la massima altezza.

5° La distanza bizigomatica accresce di $^1/_6$, di $^1/_8$, di $^1/_{62}$. La massima larghezza della faccia non è ottenuta che nell'età adulta: e il massimo accrescimento si ha nella seconda infanzia e nella giovinezza.

6° L'indice cefalico, da sotto-brachicefalo nella prima infanzia, passa mesoticefalo nella seconda infanzia, e si mantiene tale nei giovani e negli adulti. Nella seconda infanzia adunque i diametri del cranio raggiungono quell'equilibrio e quella correlazione di rapporti che più o meno si mantiene per tutta la vita.

7° L'indice verticale è mesosemo nella prima infanzia e si mantiene tale anche nella giovinezza e nell'età adulta; solo in queste tende piuttosto ad essere megasemo. Il rapporto fra l'altezza e la lunghezza del cranio si ottiene già in media sino dalla prima infanzia.

8° L'indice facciale è microsemo nella prima infanzia, quindi diventa mesosemo nella seconda infanzia e si mantiene tale per tutto lo sviluppo: dai quattro anni in avanti l'indice facciale è in media mesosemo; la correlazione di sviluppo dell'altezza e della larghezza della faccia, si fa adunque assai per tempo e più presto delle correlazioni sopramentovate.

9° Il primo rapporto va in media diminuendo, per la tendenza che ha il cranio toscano all'allungamento, mentre l'altezza rimane, sempre o quasi, proporzionata alla lunghezza.

10° Il secondo rapporto va prima crescendo, poscia diminuendo; sicchè dai risultati fra l'indice verticale e il facciale, non si può asserire nulla di sicuro.

Digitized by Google

11° Il terzo rapporto va accrescendosi; perocchè la faccia tende sempre, nello sviluppo, ad occupare una parte maggiore del cranio.

In ordine poi alle differenze sessuali degli adulti, abbiamo i seguenti risultati:

1° Il diametro antero-posteriore massimo è assai più breve nella donna che nell'uomo (di 1,09 per % in media).

2° Il diametro trasverso massimo è pure più breve nella donna che nell'uomo (di 1,07 per % in media).

3° Il diametro basilo-bregmatico è più breve nella donna che nell'uomo (di 1,07 per % in media).

4° L'altezza della faccia è assai più breve nella donna che nell'uomo (di 1,13 per % in media).

5° La distanza bizigomatica è assai minore nella donna che nell'uomo (di 1,13 per % in media).

6° L'indice cefalico è mesoticefalo tanto nell'uomo che nella donna; ma la mesoticefalia tende quasi alla sotto-brachicefalia nella donna e alla sotto-dolicocefalia nell'uomo.

7° L'indice verticale è mesosemo tanto nell'uomo che nella donna.

8° L'indice facciale è mesosemo in ambo i sessi; ma nell'uomo tende ad essere megasemo.

9° Il primo rapporto aumenta nella donna e a questo riguardo s'avvicina alla 2ª infanzia, nella quale la maggiore tendenza alla brachicefalia e la minore altezza del cranio fanno aumentare questo rapporto.

10° Il secondo rapporto diminuisce nella donna e anche per questa correlazione fra l'indice facciale e l'indice verticale, la donna, s'avvicina ai fanciulli.

Digitized by Google

TAVOLA SESTA

Crani Toscani

	PRIMA INFANZIA			SECONDA INFANZIA			GIOVANI MASCHI			GIOVANI FEMMINE			MEDIA complessiva dei giovani	ADULTI MASCHI			ADULTI FEMMINE			MEDIA complessiva degli adulti
	min.	mass.	med.	min.	mass	med.	min.	mass.	med.	min.	mass.	med.		min.	mas.s	med.	min.	mass.	med.	
			(1)			(2)			(3)			(4)	(5)			(6)			(7)	(8)
D. ant. post. mass	107	171	135	159	181	169	165	187	175	166	172	168	171	172	190	182	161	175	168	178
D. tras. massimo	97	140	125	125	142	135	134	144	140	131	138	135	137	150	155	145	119	149	135	138
D. basil. bregm.	84	128	115	118	129	125	125	139	130	123	125	124	127	125	140	132	111	131	125	127
Lunghezza facciale	54	70	59	65	80	75	85	104	90	75	86	82	81	85	104	90	75	86	79	84
Distanza bizig.	68	103	92	99	112	107	117	137	127	115	134	122	124	127	140	134	112	127	118	126
Indice cefalico	74.52	90.65	81.94	72.92	84.90	78.12	73.77	84.85	78 43	79.04	82.63	80.50	79.56	71 38	84.88	77.64	70.00	87,04	79 82	78.73
Indice verticale	65.25	77.70	72.01	68.50	74.99	72 45	67,74	78.18	75 13	72.67	74 85	73.88	73 50	67.58	77.27	73 05	64.53	79.01	74.17	73.61
Indice facciale	50.00	68.42	64.52	60.74	73.00	68.22	65.89	78.65	70.76	65 47	70.24	66.82	68.79	62 04	78.91	68.81	65.02	73.44	67.47	68.14
1° rapporto	103.68	120.94	114.15	101.62	114.40	107.69	102.25	114.34	106.47	107.51	110.39	108.67	107.53	98.98	114.18	106.36	95.96	119.57	107.82	107.04
2° rapporto	66 05	103.77	90.00	84.30	103.74	94.51	87 48	110.75	97.06	85.77	95 30	90.72	95.89	84.63	103.52	94.11	80.19	107.55	91·44	92.76
3° rapporto	58.15	92.67	80.40	75.67	95.67	87.45	78.26	106.38	89.89	76 61	88.65	83,00	86.44	75,76	97.05	89.05	76.07	107.77	84.97	87.00

NOTA — (1) Medie di 13 esemplari — (2) Medie di 14 esemplari — (3) Medie di 11 esemplari — (4) Medie di 5 esemplari — (5) Medie di 16 esemplari — (6) Medie di 20 esemplari — (7) Medie di 16 esemplari — (8) Medie di 36 esemplari — Totale esemplari studiati N° 79.

Digitized by Google

11° Il terzo rapporto diminuisce nella donna, in seguito alla grande diminuzione dell'indice facciale e alla tendenza brachicefala che ha la donna toscana più dell'uomo.

In seguito di questi risultati non si verificherebbe ciò che ha detto SCHAAFFAUSEN, che cioè la lunghezza del cranio si faccia assai più presto della larghezza e neppure che il *maximum* della lunghezza si otterrebbe fra i 12 e i 14 anni. Vi può essere nella seconda infanzia e nella giovinezza un *maximum*, il quale arriva al *maximum* degli adulti; ma le rispettive medie sono d'assai differenti. La media dei giovani è di 171 mm.; la media degli adulti è di 175 mm.

Così pure non si verifica per le donne toscane ciò che hanno asserito BROCA e WELCHER, i quali ritengono la donna europea più dolicocefala dell'uomo; la donna toscana è mesoticefala, come è mesoticefalo l'uomo, ma l'indice cefalico della donna tende alla sotto-brachicefalia, quello dell'uomo alla sotto-dolicocefalia. WEISBACH, ARNOLD e MANTEGAZZA avrebbero ragione.

IL CRANIO TOSCANO

Dopo di avere esaminati alcuni caratteri d'evoluzione del cranio toscano, preso a sè, isolatamente, dobbiamo ricercare il posto che gli spetta nella serie cranica, risultante dalle poche misure prese: è assai probabile che moltiplicandosi lo studio degli esemplari, come consigliava Gall, aumentando il numero delle misure, è assai probabile che il posto assegnatogli ora sia per essere un po' cangiato, sebbene l'altezza, la lunghezza, la larghezza del cranio; l'altezza, la larghezza della faccia, i rapporti di queste quantità e i rapporti degli indici diano sufficiente materiale per la classificazione approssimativa del cranio.

Digitized by Google

Diametro antero-posteriore massimo; nella qui sottoposta tabella aggiungiamo le medie di alcune misure corrispondenti di altri crani:

Toscani adulti (complessivamente) .	= 175
» » (m.)	= 182
» » (f.)	= 168
Marchigiani adulti (compless.) . .	= 170
» » (m.)	= 173
» » (f.)	= 167
Sardi adulti (complessivamente) . .	= 183.07
» » (m.)	= 183.74
» » (f.)	= 180.67
Parigini (moderni) adulti (compless.)	= 178.5
» (m.)	= 182.7
» (f.)	= 174.3
Papuani adulti (complessivamente) .	= 182
» » (m.)	= 187
» » (f.)	= 178
Etruschi (complessivamente) . . .	= 184.76

Questo diametro nei maschi è abbastanza alto; nelle femmine è assai breve, quasi come quello delle femmine marchigiane (eminentemente brachicefale). È da notarsi la grande differenza sessuale nella lunghezza del cranio toscano; differenza che non si riscontra così pronunciata negli altri gruppi di cranii. Il cranio etrusco l'ha, in media, assai più lungo il diametro ant. post. mass.

Diametro trasverso massimo; riportiamo ancora diverse misure per i confronti:

Toscani adulti (complessivamente) .	= 138
» » (m.)	= 143
» » (f.)	= 133
Marchigiani adulti (compless.) . .	= 138
» » (m.)	= 143
» » (f.)	= 133
Sardi adulti (complessivamente) . .	= 134.78
» » (m.)	= 132.54
» » (f.)	= 143.00

Digitized by Google

Parigini adulti (complessivamente) . = 140.93
» » (m.) . . . . . = 145.2
» » (f.) . . . . . = 135.5
Papuani adulti (complessivamente) . = 129.0
» » (m.) . . . . . = 731.0
» » (f.) . . . . . = 128.0
Etruschi (complessivamente) . . . = 145.70

Questo diametro dei crani toscani presenta una singolare correlazione ed uguaglianza in media coi crani marchigiani; sicchè la differenza fra i marchigiani ed i toscani, gli uni brachicefali, gli altri mesoticefali, sarebbe nell'aumento in questi del diametro ant. post. massimo; perchè hanno uguale il trasverso massimo.

I crani sardi, i parigini, gli etruschi superano la media complessiva dei crani toscani nella larghezza del cranio; i papuani vi stanno molto al disotto; si può forse asserire che questo diametro nelle alte razze è in media più largo che nelle razze basse.

Tutti i maschi hanno questo diametro maggiore delle femmine; i soli crani sardi formano una singolare eccezione, avendo le femmine il diametro trasverso maggiore di quello del maschio.

La massima differenza sessuale (in più nelle femmine) è di 10 nei toscani, marchigiani, parigini.

La massima differenza sessuale (in più nei maschi) è di 11 nei sardi.

I crani etruschi hanno questo diametro complessivamente più lungo de' moderni toscani.

Indice cefalico. — Riportiamo, al solito, gli indici d'alcune razze umane o d'alcune nazioni, o d'alcuni popoli per i confronti:

Toscani adulti (compless.) . . . . = 78.73
» » (m.) . . . . . = 77.64
» » (f.) . . . . . = 79.82

Digitized by Google

Sardi adulti (compless.)	= 72.00
» » (m.)	= 71.64
» » (f.)	= 72.36
Parigini (moderni) (compless.)	= 78.60
» » (m.)	= 79.50
» » (f.)	= 77.70
Papuani adulti (compless.)	= 71.80
» » (m.)	= 70.31
» » (f.)	= 73.30
Etruschi (compless.)	= 78.15
Australiani	= 71.93
Ottentotti	= 72.42
Negri (Africa Occidentale)	= 73.40
Guanches	= 75.53
Tasmaniani	= 76.01
Chinesi	= 76.69
Baschi spagnuoli	= 77.62
Messicani	= 78.12
Americani (Sud)	= 79.16
Baschi francesi	= 80.25
Bretoni (Côte-Nord)	= 81.05
Giavanesi	= 81.61
Indo-Chinesi	= 83.51
Lapponi	= 85.63

Il cranio toscano è complessivamente mesoticefalo; i maschi e le femmine sono più mesoticefale; ma mentre quelli tendono alla sotto-dolicocefalia, queste tendono alla sotto-brachicefalia.

Il cranio sardo e il cranio papuano sono dolicocefali e le femmine, come nel caso dei toscani, tendono alla brachicefalia, più dei maschi, i quali tendono alla dolicocefalia maggiore e dipendente forse dal maggiore sviluppo del diametro antero-posteriore.

Non così succede dei parigini moderni, che essendo mesoticefali, il maschio avrebbe maggiore tendenza alla sotto-brachicefalia della femmina, la quale tende alla sotto-dolicocefalia.

L'etrusco è mesoticefalo, come il moderno toscano.

Digitized by Google

Diametro basilo-bregmatico:

Toscani adulti (compless.)	= 127
» » (m.)	= 132
» » (f.)	= 123
Marchigiani adulti (compless.) . .	= 123
» » (m.)	= 127
» » (f.)	= 120
Sardi adulti (compless.)	= 128.33
» » (m.)	= 132.00
» » (f.)	= 124.67
Parigini adulti (compless.)	= 128.5
» » (m.)	= 132.0
» » (f)	= 125.1
Papuani adulti (compless.)	= 130
» » (m.)	= 132
» » (f.)	= 129
Etruschi (compless.)	= 132.38

Il cranio toscano è assai più alto del marchigiano; è più basso del papuano e si discosta di poco dal cranio sardo e dal parigino.

In tutti i casi mentovati risulta sempre che la donna ha il cranio più basso dell'uomo; e questa differenza sessuale è assai più marcata nei crani toscani, poi nei sardi; la minima differenza l'abbiamo nei papuani, i quali fra maschio e femmina nell'altezza del cranio la differenza delle medie è 3, mentre nei toscani è di nove.

Il cranio etrusco è più alto complessivamente del cranio toscano.

Indice verticale:

Toscani adulti (compless.)	= 73.61
» » (m.)	= 73.05
» » (f.)	= 74.17
Sardi adulti (compless.)	= 70.42
» » (m.)	= 71.86
» » (f.)	= 68.98
Parigini adulti (compless.)	= 71.7
» » (m.)	= 72.2
» » (f.)	= 71.2

Digitized by Google

Papuani adulti (compless.) . . . . =71.37
» » (m.) . . . . . =70.20
» » (f.) . . . . . =72.54
Etruschi (compless.) . . . . . =72.68

L'indice verticale dei toscani è complessivamente mesosemo; è mesosemo nei maschi e nelle femmine; però nei primi tende ad essere microsemo, nelle seconde ad essere megasemo.

L'indice verticale dei sardi è microsemo e diventa eminentemente microsemo nelle femmine.

Così nei parigini, così nei papuani; solamente in questi il maschio è microsemo, la donna mesosemo.

L'indice verticale degli etruschi è mesosemo.

Le variazioni summentovate non si possono spiegare, a meno di non ricorrere alle variazioni del diametro ant. post. del cranio.

Altezza facciale:

Toscani adulti (compless.) . . . . =84
» » (m.) . . . . . =90
» » (f.) . . . . . =79
Marchigiani adulti (compless.) . . . =86
» » (m.) . . . . . =88
» » (f.) . . . . . =85
Sardi adulti (compless.) . . . . . =X
» » (m.) . . . . . =X
» » (f.) . . . . . =X
Parigini adulti (compless.) . . . . =84.2
» » (m.) . . . . . =87.7
» » (f.) . . . . . =80.8
Papuani adulti (compless.) . . . . =86
» » (m.) . . . . . =84
» » (f.) . . . . . =88

La faccia dei toscani non è molto alta; e nei toscani e marchigiani l'altezza della faccia sarebbe maggiore nell'uomo che nella donna; nei papuani e nei parigini succede il contrario; la donna avrebbe maggiore altezza facciale.

Digitized by Google

Distanza bizigomatica:

Toscani adulti (compless.)	= 126
» » (m.)	= 134
» » (f.)	= 118
Marchigiani adulti (compless.) . .	= 127
» » (m.)	= 131
» » (f.)	= 124
Sardi adulti (compless.)	= 114.63
» » (m.)	= 117.77
» » (f.)	= 111.50
Parigini adulti (compless.)	= 126.7
» » (m.)	= 131.0
» » (f.)	= 122.5
Papuani adulti (compless.)	= 124
» » (m.)	= 129
» » (f.)	= 120
Esquimesi	= 135
Chinesi	= 137
Scandinavi	= 132

La media distanza bizigomatica dei cranii toscani non è molto alta; i sardi e i papuani però vi stanno sotto; i marchigiani e i parigini la superano.

In tutti i casi la donna ha sempre questa distanza minore di quella dell'uomo: però la maggiore differenza sessuale l'abbiamo nei crani toscani; la minore nei sardi.

Indice facciale:

Toscani adulti (compless.)	= 68.14
» » (m.)	= 68.81
» » (f.)	= 67.47
Sardi adulti (compless.)	= X
» » (m.)	= X
» » (f.)	= X
Parigini adulti (compless.)	= 65.9
» » (m.)	= 65.9
» » (f.)	= 65.9
Papuani adulti (compless.)	= 65.83
» » (m.)	= 65.13
» » (f.)	= 66.54

Digitized by Google

Esquimesi	= 73.4
Negri	= 68.6
Bretoni	= 68.5
Auvergnati	= 68.9
Neo-Caledonesi	= 66.2
Australiani	= 65.6
Tasmaniani	= 62.6

L'indice facciale è nei toscani mesosemo; nei parigini e nei papuani microsemo.

Questo indice tende ad essere microsemo nelle donne toscane e papuane: non v'ha differenza sessuale nei parigini.

Primo rapporto: questo rapporto è dato dai due indici cefalico-verticale (= 100):

Crani toscani:	1ª infanzia . .	= 114.15
	2ª infanzia . .	= 107.69
	Giovin.	= 107.53
	Adulto	= 107.02
	Adulti m. . . .	= 106.36
	Adulti f. . . .	= 107.82
Crani papuani:	Adulto	= 99.11
	Adulti m. . . .	= 99.63
	Adulti f. . . .	= 98.59

Nei crani toscani i primi fatti che appaiano alla osservazione delle cifre sono che il rapporto fra questi indici è costante dalla 2ª infanzia in avanti; cosicchè nella 2ª infanzia l'indice verticale e l'indice cefalico hanno raggiunto quell'equilibrio che costituisce la correlazione di sviluppo delle parti; l'altro fatto si è che questo rapporto nei crani toscani è sempre maggiore di 100; vale a dire che in causa della mesoticefalia l'indice verticale è minore dell'indice cefalico; e finalmente che come carattere sessuale, le donne essendo a tendenza sotto-brachicefala, l'indice fra i due rapporti cresce nelle femmine adulte, diminuisce nella media nei maschi adulti.

Nei crani papuani adulti il rapporto primo invece è sempre, in media, inferiore al 100: ciò che deriva dal fatto, non già della grandezza dell'indice verticale, che è microsemo, ma dalla dolicocefalia del cranio.

Digitized by Google

Nei crani papuani, tanto il maschio che la femmina sono dolicocefali; ma la femmina è meno dolicocefala del maschio; nell'indice verticale però il maschio è microsemo, la femmina invece è mesosema, talchè ne deriva, all'opposto del cranio toscano, che la donna papuana ha il primo rapporto minore del corrispondente del maschio.

Secondo rapporto. — È dato questo dai rapporti fra l'indice verticale (=100) e il facciale:

Crani toscani:	1ª infanzia . .	= 90.00
	2ª infanzia . .	= 94.51
	Giovin.	= 93.89
	Adulti	= 92.76
	Adulti m. . . .	= 91.11
	Adulti f. . . .	= 91.41
Crani papuani:	Adulti	= 93.52
	Adulti m. . . .	= 94.94
	Adulti f. . . .	= 92.10

L'indice facciale è sempre minore dell'indice verticale; nelle femmine toscane l'indice facciale è assai più piccolo dell'indice verticale, che nei maschi.

Nei crani papuani l'indice facciale è minore del verticale, ma è maggiore di quello dei toscani; giacchè il rapporto cresce; le donne papuane hanno pure l'indice facciale assai più piccolo del verticale, rispetto ai maschi.

Terzo rapporto. — Questo è dato dai due indici facciale e cefalico (=100):

Crani toscani:	1ª infanzia . .	= 80.10
	2ª infanzia . .	= 87.43
	Giovinezza . .	= 86.34
	Adulti	= 87.00
	Adulti m. . . .	= 89.03
	Adulti f. . . .	= 84.97
Crani papuani:	Adulti	= 93.31
	Adulti m. . . .	= 93.22
	Adulti f. . . .	= 93.40

Digitized by Google

La faccia, rispetto al cranio, è in ogni caso minore; nei toscani adulti è 87.00; nei papuani adulti invece è 93.31: dunque la faccia è maggiormente sviluppata, rispetto al cranio, nei papuani che nei toscani.

Ma fra maschi e femmine toscane la differenza è grande; sicchè risulta che nella donna il terzo rapporto è assai minore che nell'uomo.

Nei papuani invece questa differenza è minima; sicchè può dirsi che non v'ha a questo riguardo alcuna differenza sessuale.

Dallo studio pertanto di questi pochi diametri del cranio toscano sono risultati alcuni fatti certi; altri invece non hanno dato che risultati molto disparati e incerti.

Ma il metodo stesso di studiare la serie di crani della prima infanzia sino all'età adulta è stato prodigo di risultati che diversamente non si sarebbero ottenuti.

Molte correlazioni di sviluppo hanno bisogno di essere confermate con nuove osservazioni, con paragoni, con nuovi fatti; ciò che spero di potere fare nel lavoro, al quale ora attendo: *Saggio di alcuni studi sulle correlazioni di sviluppo del cranio umano*, dove prendo a studiare non solo la serie dei crani toscani, ma studio i crani marchigiani, papuani e sardi.

Se col metodo indicato e se collo studio delle correlazioni di sviluppo si potranno ottenere risultati soddisfacenti, allora anche il cranio toscano potrà e dovrà essere più particolarmente studiato sulle curve, sugli angoli, ecc.

Ho la persuasione che nella craniologia le cifre e le misure debbano essere il fondamento precipuo, non già prese separatamente, ma prese a grandi gruppi, a seconda delle regioni, e debbano essere fra di loro paragonati i risultati che si ottengono dallo studio delle regioni craniche; le cifre e le misure non vanno punto nè poco ad ingarbugliare la matassa (1), quando si abbia la precauzione di non accettarle come giudici a giudicare, ma semplicemente come testimoni a deporre.

(1) Come ha asserito ultimamente un antropologo.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 36ª settimana

dal 1° al 7 settembre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	6	3	9	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	2	7	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	1	1
Convulsioni, elmintiasi	3	1	4	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	»	»	»	» ematiche	»	»	»
Coclussie	1	1	2	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	1	1	» scirrose, cancerose	2	1	3
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	3	»	3
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.e e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	4	2	6	TOTALE	38	41	79
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	6	3	9
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	2	3				
Avvelenamenti diversi	1	»	1				
Asfissie	1	»	1	TOTALE nella 36ª settim.ª	44	44	88
Malattie dell'appar.° respiratorio	5	5	10	» nelle settim.e precedenti	2520	2560	5080
» dell'apparato dell'alimentazione	7	10	17				
» dell'app.° cardio-vasale	2	1	3	TOTALE complessivo	2564	2604	5168
» del sistema nervoso	»	4	4				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	1	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2227	2312	4539
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 36ª settimana	84	72	156	6	2	8
Nelle precedenti	2432	2223	4655	198	130	328
TOTALE COMPLESSIVO	2516	2295	4911	204	132	336

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Rapporto generale statistico delle vaccinazioni praticate durante l'anno 1876, del Cav. Medico MARTORELLI, conservatore del vaccino delle antiche Provincie di Terraferma e della Lombardia.

A Sua Eccellenza il Ministro dell'Interno,

In osservanza dell'articolo 27 del Regolamento sull'esercizio delle vaccinazioni 18 dicembre 1859 ho l'alto onore di rassegnare all'Eccellenza Vostra il resoconto ed il prospetto statistico delle vaccinazioni, che durante il 1876 furono praticate nelle provincie Lombarde-Liguri-Piemontesi, che costituiscono il distretto di conservazione del vaccino, cui ho il dovere di sovraintendere.

Nei passati miei rapporti io ebbi più volte a lamentare che in alcune provincie era poco soddisfacente e pressochè sempre stazionario lo stato delle vaccinazioni.

Oggi invece io vo lieto di poter affermare che, grazie ad una più esatta osservanza delle leggi vacciniche vigenti, sono desse ovunque meglio avviate.

Digitized by Google

Fu da me notato nell'ultimo rapporto che nel 1875 le vaccinazioni sommarono insieme comprese a 173,825, e che il loro numero sorpassò quello dell'anno precedente, che fu di 169,066. Abbenchè minimo e quasi insignificante un tale incremento a me diede migliori speranze per l'avvenire, in vista specialmente che da qualche tempo dimostrasi più operoso lo zelo dei vaccinatori, e va diminuendo ogni anno il numero dei Comuni trascurati. Difatti, per quanto mi consta da un attento esame dei registri, i Comuni che nel 1874 non diedero opera alla pratica dell'innesto furono 221, e si ridussero nel 1875 a 201, ed a 143 nel 1876.

Una maggior prova d'un più soddisfacente e più notevole sviluppo delle vaccinazioni deriva dal totale loro numero, che nel 1876 s'innalzò a 195,132. Un tal numero è pressochè eguale ai quattro quinti dei nati, che ammontarono a 248,170. E notisi che nel prospetto sinottico del 1876 non figurano i vaccinati del circondario di Vercelli, avvegnachè per la morte lamentatasi nella detta città dell'esimio Dottore cav. Larghi, Commissario del vaccino, andarono intieramente smarriti i relativi registri. Se si pon mente che nel popoloso circondario di Vercelli il numero dei vaccinati ascende in media ogni anno a 4500, io non dubito di affermare che le vaccinazioni nel 1876 arrivarono a circa 200,000 senza tener conto di non poche migliaia d'innesti praticati a domicilio, di cui rare volte ci viene trasmessa nota dai medici privati.

Giammai le vaccinazioni per il passato raggiunsero una cifra sì elevata, salvo nei casi in cui dominando epidemico in più provincie in proporzioni allarmanti il vaiuolo, le famiglie che d'ordinario si mostrano

Digitized by Google

più restìe e negligenti a premunirsene, impaurite dal sovrastante pericolo accorsero più sollecite e premurose ad approfittare della protezione vaccinica. Ma nel 1876 furono pochi i casi di vaiuolo avveratisi, nè assunse il medesimo in alcuna località caratteri epidemici, e d'altronde, come risulta dal seguente specchietto, la vaccinazione in confronto del 1875 fu praticata nel 1876 sovra una scala molto più vasta in pressochè tutte le provincie, in quelle eziandio che andarono affatto immuni dall'infausto morbo.

Confronto numerico fra i vaccinati del 1875 e del 1876.

Provincie		
Alessandria . . .	18,207	19,980
Bergamo	9,553	12,140
Brescia	10,517	12,334
Como	13,766	16,212
Cremona	7,596	8,932
Cuneo	13,981	16,811
Genova	13,151	15,441
Milano	29,985	34,095
Novara	16,368	13,580
Pavia	12,087	13,853
Porto Maurizio . .	2,854	3,196
Sondrio	2,824	2,843
Torino	22,936	25,853
Totale delle provincie	173,825	195,132

Fatta eccezione della provincia di Novara, di cui mancano i lavori vaccinici del circondario di Vercelli, apparisce dai sovra esposti dati che la vaccizione è manifestamente progredita in tutte le provincie.

Digitized by Google

Anche in quella di Genova, che in rapporto sia colla popolazione che colle nascite fu sempre l'ultima per numero di vaccinazioni, la profilassi vaccinica ha fatto un passo in avanti, e l'avrebbe fatto maggiore se nel circondario di Levante per motivi inattendibili le operazioni vacciniche non fossero state omesse nei Comuni di Bollano, Castelnuovo, Triva, Zallo, Framera, Pignone, Rio Maggiore, S. Stefano, Vernazza e Zignago, i cui abitanti ammontano in complesso a 20,032. Non ostante il migliore e più lodevole andamento delle vaccinazioni in tutti gli altri circondari del Genovesato, ho creduto di non dover passar sotto silenzio le accennate negligenze, avendomi l'esperienza dimostrato che il miglioramento conseguitosi nel servizio vaccinico in più distretti di queste provincie è in gran parte dovuto all'Eccellenza Vostra ed all'onorevolissimo Consiglio Superiore di Sanità, i cui autorevoli eccitamenti diretti agli illustrissimi signori prefetti ed ai funzionari vaccinici e per mezzo loro ai sindaci ed ai medici-condotti, valsero a scuoterne la colpevole apatia ed a vincerne le renitenze.

Per la maggior parte furono praticate le vaccinazioni da braccio a braccio, ossia col vaccino umanizzato, riducendosi solo a 4522 quelle eseguite col cow-pox artificiale, ossia col cow-pox successivamente e senza interruzione ripassato nelle giovenche.

Le vaccinazioni animali ebbero sul luogo nelle città di Bergamo e di Milano e sopra una scala molto ristretta in (1) alcuni pochi comuni dell'Insubria.

(1)	Bergamo, vaccinati col cow-pox . .	N.	542
	Milano » » . .	»	3659
	Lodi » » . .	»	63
	Monza » » . .	»	16
	Gallarate » » . .	»	242
	Totale . . .	**N.**	**4522**

Digitized by Google

Negli innesti animali fu esclusivamente impiegato il cow-pox d'origine lombarda, proveniente da quello che nel mese di giugno del 1875 fu scoperto dal Comitato di Milano nel Comune di Opera, poco distante dalla città anzidetta, e che riprodotto ripetutamente nelle vacche diede sempre prove incontestabili della sua efficacia. Di somma virulenza va pur dotato il vaccino umanizzato, che da gran tempo si propaga in Piemonte, e specialmente nella provincia di Torino, e che ritiensi una filiazione del vaccino, che nei primordi di questo secolo fuvvi introdotto dall'illustre Buniva, cui venne consegnato dallo stesso Jenner.

Il vaccino umanizzato, che si conserva e mantien vivo nei brefotrofi della Lombardia per diffonderlo all'uopo in quelle provincie è d'incerta provenienza, essendochè suol desso di quando in quando essere rinnovato col cow-pox originario. Buon frutto si ottenne sia dall'uno che dall'altro vaccino, e sono pressochè identici i risultati. Sopra 190,610 vaccinati con virus umanizzato l'esito fu difatti constatato felice in 185,180, spurio in 633, nullo in 1066 e non fu verificato in 3731, e sopra 4522 vaccinati con virus animale fu riconosciuto il buon successo in 3784, spurio in 19, nullo in 38, e non venne verificato in 681. Tenendo sol conto delle verificate, le vaccinazioni con linfa umanizzata diedero il 99 per cento d'esiti felici e quelle con cow-pox artificiale il 98,5 per cento. Risulta da queste cifre che passa un ben piccolo divario fra gli effetti delle vaccinazioni da braccio a braccio e quelli che si ottengono dagli innesti che direttamente hanno luogo dalla vacca all'uomo. Ma la cosa corre diversamente se dassi opera agli innesti coi materiali vaccinici conservati. Per la

Digitized by Google

maggior parte i vaccinatori che ne fecero oggetto di studi e di esperimenti comparativi vanno d'accordo nell'asserire che la linfa umanizzata raccolta e propagata nei tubi attecchisce più facilmente che la linfa o i detriti delle pustole animali, siano dessi recenti od essicati. Ben voglio ammettere che dipendono sovente gli insuccessi dalla mancanza d'una sufficiente perizia nei vaccinatori che intraprendono per le prime volte gli innesti animali. Checchè ne sia non è però men vero che la vaccinazione animale, sia per gli addotti motivi, sia perchè maggiore è la spesa cui devono per essa sottostare i Comuni, non ha preso sinora anche nelle provincie Lombarde un grande sviluppo, non ostante il vivo impegno con cui già da più anni il Comitato Milanese studiasi di generalizzarla.

Premessi questi brevi cenni sull'andamento delle vaccinazioni mi rimane a far parola della rivaccinazione, che a ragione viene oggi considerata quale complemento indispensabile della profilassi jenneriana. Sta il fatto che una sola vaccinazione ancorchè regolare e seguìta da successo non è sempre sufficiente a distruggere o neutralizzare compiutamente quell'organica condizione speciale che costituisce l'attitudine e la disposizione al vaiuolo. Non havvi dubbio che gli effetti di tutela della vaccina riescono per molti incompiuti e soltanto temporari, sia che nell'attuazione degli innesti si impieghi il vaccino umanizzato o l'animale. L'egregio Dottor Verri, Commissario del vaccino zelantissimo di Novi Ligure, facendo menzione nell'ultimo suo rapporto delle diverse esperienze da lui istituite negli anni decorsi dal 1869 al 1875 col cow-pox artificiale procacciatosi più volte dal Comitato del vaccino di Miiano,

Digitized by Google

cita il caso di due bambini, che vaccinati felicemente col detto cow-pox, e rivaccinati poco appresso con linfa umanizzata presentarono di nuovo belle e legittime pustole vacciniche. Altri simili fatti potrei addurre, ma parmi superfluo l'intrattenerne più a lungo l'Eccellenza Vostra, mentrechè i cultori di questo ramo profilattico, salvo poche eccezioni, oggidì convengono sulla necessità per tutti della rivaccinazione. Duolmi pertanto che una pratica igienica di sì grande importanza sia stata nel 1876 quasi affatto dimenticata in molte provincie. Per verità fu molto scarso il numero dei rivaccinati. Stando ai dati relativi che mi fu dato raccogliere dai registri officialmente trasmessimi, e che ho riprodotti e riassunti in un apposito prospetto, le rivaccinazioni arrivano in complesso a 14,794 e la più gran parte, ossia 12,191 appartengono alla sola provincia e città di Torino, in cui non mai venne meno la lodevole operosità dell'onorevole vice-conservatore del vaccino nel promuoverle e nell'attuarle.

Egualmente che le vaccinazioni furono le rivaccinazioni effettuate col virus umanizzato o coll'animale. Sommano le prime a 13,388, le seconde a 1406. Nei rivaccinati da braccio a braccio si ottenne il buon successo in 4300, spurio in 1886, nullo in 4060, e non fu verificato in 2547; in quelli col cow-pox si verificò il risultato favorevole in 430, incompiuto in 511, nullo in 400 e non si presentarono all'accertamento dell'esito 457. Lasciando in disparte le non verificate, le rivaccinazioni da braccio a braccio diedero il 45,1 per cento d'esiti felici, ed il 46,1 per cento le rivaccinazioni dette animali.

Non è quasi possibile dalle cifre surriportate il trarre induzioni abbastanza fondate per giudicare

Digitized by Google

della maggiore o minor possanza appiccaticcia o profilattica dell'uno o dell'altro vaccino, stantechè minima è la differenza dei loro risultati, e perchè, come dissi altra volta, diminuisce non poco il valore delle addotte cifre il non essersi potuto in molti rivaccinati, specialmente nei rinnestati col cow-pox, verificare l'esito dell'operazione.

I buoni effetti che se ne ottennero in due quinti e più dei rivaccinati, ci dimostrano incontestabilmente il bisogno che tutti hanno di ritentar la prova d'un secondo innesto, avvegnachè alle debolezze ed alle fallacie della vaccina non havvi altro rimedio che la stessa vaccina. Anche ammettendo con Bousquet che il riattecchire degli innesti ed il riprodursi di pustole vacciniche genuine non sempre significhi che o perduri o sia rinata nei vaccinati la recettività per il vaiuolo, essendochè la linfa vaccinica insinuata coll'ago al disotto dell'epidermide può talvolta determinare lo sviluppo di pustole locali senza che ne partecipi o se ne risenta la generale economia, sarà però sempre nel caso in questione savio e prudente consiglio l'abbondare piuttosto che il mancare di precauzioni. Se si perverrà col tempo a far meglio apprezzare dalle popolazioni una tal pratica ed a renderla famigliare fra le classi proletarie occorreranno assai meno frequenti i casi di vaiuolo, che si deplorano ogni anno nei vaccinati.

Fu già un tempo opinione del chiarissimo Dottor Griva, che nella sua qualità di conservatore del vaccino lasciò di sè vivo desiderio e nome onorato in Piemonte, nonchè di altri valenti medici e distinti vaccinatori che non possano i vaccinati correre alcun pericolo di contrarre il vaiuolo, tranne nelle calamitose contingenze di gravissime epidemie. Non mi

Digitized by Google

soffermerò a confutare una siffatta asserzione, che fu in seguito dalla giornaliera osservazione contraddetta e smentita. Nel 1876, ad esempio, il vaiuolo non assunse nè proporzioni nè caratteri epidemici in alcuna provincia del mio distretto, e nella più parte dei Comuni in cui si è manifestato furono solo notificati pochi casi sporadici. Ciò malgrado fra 437 persone che ne rimasero infette 288 già erano state vaccinate. Ne andarono immuni dalla triste lue i vaccinati col cow-pox; cinque casi di vaiuolo e uno di vaiuoloide furono denunciati in Milano, dei quali uno funesto, non ostante che non potesse esser decorso gran tempo dalla data della vaccinazione per essersi solo dal 1869 iniziata in quella metropoli la vaccinazione animale. È quindi evidente, come dissi più sopra, la necessità per tutti della rivaccinazione.

Nel por termine pertanto a questa brevissima relazione io mi limito a far voti che nel nuovo Codice sanitario venga introdotta qualche disposizione o misura legislativa, che valga efficacemente a promuoverla e generalizzarla. Nè devesi temere che il cercare di mettere in avvertenza le famiglie sulla possibile insufficienza del primo innesto possa esser causa di discredito della vaccinazione. Ben disse il Bousquet: « Quand les mères sauront que la répétition de la vaccine ajoute à ses garanties, elles sauront ce qu'elles ont à faire, et on peut s'en rapporter à leur tendresse ».

Digitized by Google

Prospetto statistico riassuntivo

delle vaccinazioni praticate durante il 1876 nelle Provincie Lombarde Liguri-Piemontesi

PROVINCIE	ABITANTI	NATI	NUM. DEI VACCINATI			ETÀ DEI VACCINATI			ESITO DEGLI INNESTI			
			MASCHI	FEMMINE	TOTALE	dalla nascita ad un anno	da 1 a 5 anni	oltre li 5 anni	FELICE	SPURIO	NULLO	non verific.
Alessandria	678,106	27,809	10,601	9,359	19,960	12,205	7,114	641	19,530	46	102	282
Bergamo	365,013	14,817	6,208	5,832	12,040	10,202	1,723	115	11,759	31	71	179
Brescia	459,254	14,825	6,435	5,899	12,334	11,125	935	274	11,940	155	140	99
Como	468,657	17,588	8,411	7,808	16,212	14,921	1,125	166	15,709	15	103	385
Cremona	300,595	11,347	4,610	4,322	8,932	8,265	644	23	8,505	25	17	385
Cuneo	567,049	33,913	8,538	8,273	16,811	8,224	7,684	903	16,453	41	88	229
Genova (1)	712,759	4,494	7,782	7,639	15,441	6,173	7,532	1,776	14,475	62	93	84
Milano	1,013,369	44,756	17,645	16,450	34,095	32,231	1,767	97	33,237	54	108	696
Novara	600,255	19,389	6,965	6,615	13,580	9,733	3,675	172	13,517	»	»	63
Pavia	448,435	17,096	7,174	6,679	13,852	11,738	2,016	99	13,616	60	63	114
Porto Mauriz.	125,183	4,532	1,542	1,554	3,196	1,483	1,573	140	3,093	6	40	57
Sondrio	111,241	3,557	1,474	1,369	2,843	2,003	729	111	2,598	5	6	234
Torino	972,986	34,147	13,283	12,552	25,835	14,751	9,933	1,151	24,589	133	235	778
Totale delle Provincie	6,822,902	248,170	100,768	94,364	195,132	143,014	46,450	5,568	189,021	633	1066	4412

(1) Manca la cifra dei nati dei Circondari di Genova e di Levante.

Digitized by Google

Quadro generale statistico delle rivaccinazioni praticate nel 1876

PROVINCIE	NUM. DEI RIVACCINATI con linfa		TOTALE dei rivaccinati	ESITO DELLE RIVACCINAZIONI con linfa umanizzata				ESITO DELLE RIVACCINAZIONI con linfa animale			
	umanizzata	animale		felice	spurio	nullo	non verif.	felice	spurio	nullo	non verif.
Alessandria . . .	53	»	53	31	11	18	»	»	»	»	»
Bergamo	»	11	11	»	»	»	»	4	2	3	2
Brescia	475	»	475	415	38	»	22	»	»	»	»
Como	35	»	35	28	2	5	»	»	»	»	»
Cremona	13	»	13	13	»	»	»	»	»	»	»
Cuneo	37	»	37	27	8	2	»	»	»	»	»
Genova	401	»	401	112	116	113	60	»	»	»	»
Milano	110	1395	1505	45	12	53	»	434	109	397	455
Novara	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pavia	39	»	39	5	16	12	16	»	»	»	»
Porto Maurizio . . .	34	»	34	21	1	12	»	»	»	»	»
Sondrio	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Torino	12,191	»	12,191	4203	1699	5845	2444	»	»	»	»
Totale delle Provincie	13,388	1406	14,794	4900	1886	4060	2542	438	111	400	457

Digitized by Google

PROVINCIE	Casi di vaiuolo nei non vaccinati	Morti	Casi di vaiuolo nei vaccinati	Morti
Alessandria	3	1	3	»
Bergamo	»	»	11	1
Brescia	30	6	14	3
Cuneo	1	»	11	2
Genova	58	17	87	19
Milano	8	4	110	9
Pavia	17	4	»	»
Porto Maurizio . .	5	1	»	»
Torino	25	6	52	14
Totale	149	39	288	48

PARTE NON UFFICIALE

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Rivista giornalistica fatta dal signor BONO studente in medicina

Nota sulla febbre sintomatica dei neoplasmi per M. A. VERNEUIL (*Revue Mensuelle* - Febbraio 1878). — Dall'osservazione diligente di due casi clinici, di cui pubblica la storia, Verneuil deduce: 1° che un grado più o meno alto di febbre più o meno prolungata può nascere e durare sotto l'influenza di neoplasmi semplici in apparenza, senza che esistano alterazioni locali, nè complicazioni lontane o generali, cui si possa imputare l'elevazione della temperatura; 2° che il rimedio a questa febbre è l'ablazione del neoplasma medesimo.

Le due storie cliniche pubblicate dal Verneuil si rassomigliano assai nei tratti principali. In entrambi i casi si trattava di tumori a base di tessuto connettivo, sviluppatisi nella coscia, lungi da ogni organo importante, i tessuti circostanti erano sani, l'accrescimento del tumore, lento al principio, s'era fatto in breve assai

Digitized by Google

rapido; nessuna traccia di flemmasia locale, completa integrità anatomica degli organi splancnici provata e direttamente da ripetuti esami e indirettamente dalla rapidità del ristabilimento in salute dopo l'operazione. V'era tuttavia una manifesta alterazione di lunga data nella salute generale accompagnata da un movimento febbrile evidentissimo. La febbre fu in ambi i casi seguita col termometro alla mano per molti giorni e la si sarebbe potuta considerare come sintomo di altre alterazioni o di incipiente cachessia, ove non fosse *cessata completamente e definitivamente subito dopo l'ablazione del neoplasma.* L'A. proponendosi di fare nuove osservazioni e studii lascia per ora in sospeso la spiegazione della patogenia di questa febbre sintomatica e del nesso, che la lega al neoplasma, cui è subordinata. Gli basta intanto di avere messo in rilievo questo aumento della temperatura generale, mentre l'*Estlander* di Helsingfors chiamò l'attenzione dei dotti sopra *l'elevazione locale della temperatura*, che i tumori e particolarmente i *sarcomi* destano quando acquistano rapidamente un grande volume.

Fissando un termometro ordinario sulla parte col mezzo di benderelle adesive e ricoprendolo poscia con un alto strato di cotone, potè l'*Estlander* riconoscere in numerosi casi differenze anche maggiori di un grado tra la temperatura della superficie del tumore e quella del punto corrispondente dell'altro lato.

Sono ancora così meschine le cognizioni dei clinici e dei patologi su tutto ciò che riguarda i tumori e sono così pochi i lavori fatti in questa direzione in confronto di quelli, che ad ogni ora vengono ad arricchire il patrimonio dell'anatomia patologica, che ogni passo innanzi fatto per questa via acquista una singolare importanza, e grande per vero è quella degli studi citati del prof. *Estlander* e del prof. *Verneuil*.

Intanto in un'ammalata che lo scorso agosto fu ricoverata nella nostra clinica al N° 269 per tumore della mammella destra, avendo notata per molti giorni prima dell'operazione la temperatura della mammella affetta e quella della sana, ho potuto notare una differenza media di quasi mezzo grado. Senza riferire qui tutta la serie delle cifre, credo sufficiente esporre le medie dei valori. La media delle temperature notate (sempre collo stesso termometro) è per

Digitized by Google

la mammella affetta (destra) di 37°,3 e per la sana di 36°,9, la differenza media sarebbe stata perciò di 0°,4. In questo caso avremmo avuto iperstenia locale, senza movimento febbrile, ossia senza elevazione della temperatura generale, la quale, come si vede dalle cifre riportate, oscillava entro i limiti della norma.

Dell'atetosi per Paul Oulmont (*Revue Mensuelle* - Febbraio 1878). — W. Hammond nel 1871 introdusse nella scienza il nome di *atetosi*, per indicare una malattia, secondo lui, speciale, caratterizzata dall'impossibilità in cui si trovano gli ammalati di mantenere le dita della mano e del piede nella posizione che a loro s'imprime.

Il Dott. Oulmont in questo suo lavoro tende a provare, appoggiandosi, in mancanza di dati anatomici, sopra un gran numero di cliniche osservazioni, che, come già sostennero Charcot, Bernhardt, Gowers, ecc., l'atetosi dipende da una lesione anatomica della stessa natura di quella, ond'è determinata l'emicorea sintomatica. L'A. separa due forme di questa affezione finora confuse e secondochè essa è unilaterale o bilaterale distingue l'*emiatetosi* dall'*atetosi doppia*.

L'*emiatetosi* è un' affezione sintomatica d'una lesione cerebrale, che abbia prodotto emiplegia ed essenzialmente consiste in movimenti involontari, abitualmente continui, lenti ed esagerati, limitati al piede ed alla mano del lato paralizzato. Questi movimenti sono caratterizzati e dalla loro sede (costante nelle dita della mano, frequente in quelle del piede, rara alla faccia, ecc.) e dalla loro esagerazione, poichè in generale sorpassano il limite normale dell'escursione articolare, fatto permesso da una morbosa rilassatezza dei legamenti articolari, la quale è pure fra i sintomi secondari di questo morbo. La lentezza di questi movimenti involontari dà loro un' apparenza speciale come d'atti volontari, deliberati, destinati a un determinato scopo. Al pugno, al gomito, alla spalla, al collo del piede del lato affetto, invece di questa mobilità lenta, possiamo qualche volta avere una contrattura intermittente. L'atetosi persiste sempre nel riposo, quasi sempre durante il sonno; la volontà non può arrestare i movimenti anormali, i quali per contro si esagerano sotto la sua in-

Digitized by Google

fluenza. L'emiatetosi compare quasi sempre come conseguenza d'una lesione cerebrale, che abbia determinato una emiplegia. Questa lesione può essere di varia natura (atrofia cerebrale, focolaio dell'emiplegia volgare, placca sifilitica delle meningi, tumore intracranico, ecc.); non è dunque. tanto importante la natura, quanto l'ubicazione della lesione. L'apparizione dell'emiatetosi coincide col ritorno dei movimenti volontari ed i suoi sintomi si accentuano mano a mano che vanno scomparendo i reliquati dell'emiplegia. Il fatto, che il membro affetto da emiatetosi nella gran maggioranza dei casi, oltre alla emiplegia motrice è o fu affetto da *emianestesia*, parve all'A. buon argomento per collegar, come membri della stessa famiglia, l'emiatetosi all'*emicorea* e stabilire la localizzazione della lesione *nel piede della corona raggiata*. Maggior parte ha l'ipotesi nell'interpretazione di quei casi, per vero assai rari, in cui si ha emiatetosi senza emianestesia, o con afasia, o anche senza paralisi motrice apprezzabile. L'A. però, considerando come i fasci nervosi, che sono riuniti nel piede della corona raggiata, vadano poi dissociandosi a diffondersi su vasta superficie negli emisferi, spiega la possibilità di questi casi colla possibilità di lesioni, che interessino separatamente qualcuno di questi fasci medesimi.

L'*atetosi bilaterale* è meno frequente; è un'affezione abitualmente primitiva, che per lo più si osserva in individui idioti, nei quali suole essere congenita o datare dalla prima infanzia, di rado colpisce adulti di intelligenza normale. In nessuno dei casi osservati l'anamnesi fece conoscere la preesistenza di paralisi motrice. Più sovente che nell'emiatetosi la faccia partecipa dell'affezione e i movimenti abnormi sogliono attenuarsi meglio durante il riposo o anche sospendersi. La patogenia di questa seconda forma è ancora più oscura; tuttavia l'A. crede, che l'esistenza di una *emiatetosi* primitiva, ossia senza emianestesia, permetta di collegare l'emiatetosi volgare coll'atetosi doppia.

Del reumatismo blenorragico, *Rivista critica* per M. Talamon (*Revue Mensuelle* - Gennaio, febbraio, marzo 1878). — Sulla natura del Reumatismo blenorragico non sarebbe de-

Digitized by Google

finitivamente chiusa la questione. Per alcuni autori ogni manifestazione di reumatismo sopravenuta nel corso di una blenorragia, d'una vaginite ecc. è la conseguenza della diatesi risultante da questa blenorragia o da questa vaginite, mentre per altri non è che una manifestazione della diatesi reumatica risvegliata all'occasione di questa blenorragia. Altri ancora credono, che non si tratti in questi casi, che di semplici coincidenze casuali, senza che tra una malattia e l'altra corra alcun nesso di causalità determinante od occasionale. L'A. crede troppo assolute tutte queste opinioni e, pur riconoscendo la possibilità della coincidenza d'una blenorragia con un accesso di reumatismo ordinario, crede, che la frequenza delle affezioni articolari coincidenti colla blenorragia, il carattere particolare dei loro sintomi e del loro decorso e la riapparizione di queste forme speciali (soventi a più riprese) durante il ripetersi di blenorragie successive, autorizzino ad ammettere il reumatismo blenorragico nel numero delle specie morbose.

Dal disaccordo degli autori nacque tale una confusione nella interpretazione dei casi clinici da rendere difficile il ritrovare la nota caratteristica di questo morbo, ove non fosse stato possibile il ricorrere, come fece Fournier, allo studio di casi, che si impongono come tipi irrecusabili di reumatismo blenorragico.

Sono questi i casi in cui più blenorragie successive sviluppatesi sullo stesso soggetto furono tutte ed invariabilmente complicate da accidenti reumatici. Qui è esclusa la coincidenza casuale e la ripetizione successiva degli stessi fenomeni nelle stesse condizioni stabilisce il loro nesso patogenetico. È dallo studio di questi casi, che si può dedurre in modo esatto la sintomatologia dell'affezione e valersene poi per distinguere negli altri le coincidenze dalle conseguenze.

Le manifestazioni del reumatismo blenorragico sono dall'Autore divise in *articolari* e *non articolari*. Delle prime descrive con Fournier tre varietà: l'*artralgia*, l'*idartrosi* e l'*artrite*. L'*artralgia* è la forma la più semplice ed accompagna frequentemente le vecchie blenorree. L'*idartrosi* blenorragica differisce poco dall'ordinaria, ha la sua sede preferita al ginocchio, talora ad entrambe; la risoluzione suole essere len-

Digitized by Google

tissima. L'*artrite* blenorragica può essere monoarticolare o poliarticolare. La monoarticolare meno frequente presenta talora al principio tutti i fenomeni più spiccati dell'artrite traumatica; però in pochi giorni prende un decorso più moderato; talvolta per contro fin dal principio affetta un decorso subacuto, che stabilisce una transizione coll'idartrosi.

La *poliartrite* blenorragica si distingue dalla reumatica così per l'evoluzione dei fenomeni articolari, come per le manifestazioni generali del morbo. Quanto ai primi osserva l'A. che le artropatie blenorragiche sono meno generalizzate, più fisse, più difficilmente risolubili; il liquido del versamento (secondo Laboulbène e Méhu) è di un giallo assai carico, purulento, alcalino, viscoso, non contiene mucina, mentre nel caso di reumatismo articolare ordinario ha un colore citrino, contiene mucina ed è costituito da un semplice miscuglio di sinovia con un liquido siero-fibrinoso. Quanto ai fenomeni generali nella poliartrite blenorragica lo stato febbrile è pressochè costante per la presenza e variabile pel grado, sempre però moderato, si calma in pochi giorni. Per contro la febbre renmatica ha un decorso irregolare, remittente e sopratutto prolungato. Nel reumatismo blenorragico non si osservano i sudori profusi del reumatismo articolare acuto; le urine sono scarse, cariche, con sedimenti urici abbondanti.

Sede di predilezione delle artriti blenorragiche è in primo luogo l'articolazione del ginocchio (83 volte su 119 casi), quella dell'anca avrebbe dato nella stessa statistica un contingente di 16 casi. L'artrite sterno-clavicolare non è frequente, quando esiste però è in certo modo caratteristica e deve far dubitare d'un reumatismo blenorragico; questa articolazione è anche una delle sedi predilette dell'artrite puerperale (Lorain), ed è utile notare questa coincidenza. Libermann descrisse un caso unico di artrite probabilmente blenorragica della laringe.

Circa al decorso e al modo di terminazione il reumatismo blenorragico è caratterizzato dalla sua lentezza e tenacità, dalla tendenza abituale alla rigidità ed alla semi-anchilosi, dalla persistenza delle lesioni prodotte. In ogni caso poi la guarigione è sempre incompleta; esso può anche finire col dar luogo a

Digitized by Google

lesioni multiple più o meno analoghe a quelle dell'artrite deformante; rara è la terminazione per suppurazione, che anzi alcuni autori (Rollet) negano recisamente.

Queste manifestazioni articolari del reumatismo blenorragico si accompagnano per lo più a manifestazioni non articolari; non si esclude con ciò la possibilità, che una o l'altra di queste due serie di manifestazioni possa presentarsi isolatamente. Delle manifestazioni non articolari alcune sono frequentissime, incontestabili, da lungo tempo descritte e sono: la sinovite tendinosa, l'infiammazione delle borse sierose, la sciatica, i dolori muscolari, gli accidenti oculari (irite, congiuntivite, ecc.). Altre sono descritte più recentemente e sebbene frequenti, tuttavia richiederebbero, almeno in parte, nuove ricerche. In questa categoria l'A. pone le periostiti, le flebiti, le lesioni cutanee e cardiache. Finalmente fra i fenomeni non articolari, che si attribuiscono finora senza fondamento al reumatismo blenorragico comprende l'A. la pleuresia ed il reumatismo cerebrale blenorragico.

Per quanto riguarda l'eziologia sono pure numerose le contradizioni. È fuor di dubbio, che il reumatismo blenorragico è assai più comune nel Nord che nel Sud; questo fatto da alcuni è attribuito all'influenza dell'umidità e del freddo, influenza, che altri (Fournier) negano per contro assolutamente.

L'A. crede, che meglio si possa spiegare questo fatto considerando quanto siano maggiori e più generali la miseria e la debilitazione delle classi povere dei grandi centri del Nord in confronto di quelli del Sud.

Sì l'uomo che la donna sono soggetti a questa malattia, la donna però un po' più raramente. La debolezza congenita o acquisita, il temperamento linfatico sono cause predisponenti a questa affezione, che è più frequente nella pratica nosocomiale, che nella privata. L'influenza della lesione locale è altresì variamente considerata; per alcuni solo l'uretrite specifica può dar luogo a reumatismo blenorragico; altri invece citano casi di questa malattia in connessione patogenetica con svariati traumatismi dell'uretra dipendenti da cateterismo, da uretrotomia, ecc.

Finalmente l'A. pone senza risolverla la questione: se vi sia

Digitized by Google

nella mucosa uretrale una zona limitata più specialmente atta alla genesi del reumatismo blenorragico.

In un ultimo capitolo si occupa l'A. della *patogenesi* e conchiude col Prof. Lasègue, col Dott. Diday, ecc. che nel reumatismo blenorragico si ha, secondo ogni probabilità, a fare con un riassorbimento purulento cronico alla superficie della mucosa uretrale infiammata, analogamente a quanto succederebbe nel reumatismo, che si sviluppa sotto l'influenza dello *stato genitale* (Lorain) per esempio nelle gravide, nelle puerpere, nelle affette da metrite, da leucorrea, ecc., oppure in altre condizioni patologiche, come sarebbe del reumatismo dei disenterici, dei vaiuolosi, ecc. In tutti questi casi l'assorbimento del *pus* determinerebbe una modificazione lenta del sangue, una piemia cronica, dalla quale dipenderebbero le manifestazioni del reumatismo. Questa è la teoria, che va ogni giorno acquistando terreno, specialmente presso gli autori Inglesi; la questione però non è ancora definitivamente risolta e solo un esame accurato e comparato di una lunga serie di fatti potrà darci un giorno il diritto di classificare nosologicamente il reumatismo blenorragico tra le varietà di reumatismo piemico.

NOTIZIE

PROGRAMMA
DEI CONCORSI AI PREMI

PROPOSTI DAL

REALE ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE IN MILANO

PREMI ORDINARI DELL'ISTITUTO

Tema per l'anno 1879, *pubblicato il* 2 *agosto* 1877.

« Le discipline fisiche e matematiche in Italia, da Galileo in poi: indagini storico-critiche ».

Tempo utile a presentare le Memorie, fino alle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1879.

Digitized by Google

Tema per l'anno 1880, *pubblicato il* 1° *agosto* 1878.

« Fare una esposizione storico-critica delle teorie monetarie in Italia, specialmente nei secoli XVI, XVII e XVIII, considerata in relazione ai progressi della scienza all'estero e nella loro influenza sulla legislazione monetaria italiana ».

Tempo utile a presentare le Memorie, fino alle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1880.

Il premio per ciascuno di questi concorsi è di L. 1200. L'autore conserva la proprietà della Memoria premiata; ma l'Istituto si riserva di pubblicarla nelle sue collezioni accademiche.

MEDAGLIE TRIENNALI DELL'ISTITUTO

Il R. Istituto Lombardo, giusta l'art. 25 del suo Regolamento organico, « aggiudica ogni triennio due medaglie d'oro di L. 1000 ciascuna, per promuovere le industrie agricola e manifatturiera; una delle quali destinata a quei cittadini italiani che abbiano concorso a far progredire l'agricoltura lombarda col mezzo di scoperte o di metodi non ancora praticati; l'altra a quelli che abbiano fatto migliorare notevolmente, od introdotta con buona riuscita una data industria manifattrice in Lombardia ».

Chi credesse di poter concorrere a queste medaglie, è invitato a presentare la sua istanza, accompagnata dagli opportuni documenti, alla Segreteria dell'Istituto, nel palazzo di Brera, in Milano, non più tardi delle 4 pomeridiane del 1° maggio 1879.

PREMI ORDINARI DI FONDAZIONE CAGNOLA

Tema per l'anno 1879, *pubblicato il* 2 *agosto* 1877.

« Geografia nosologica dell'Italia. Studiare le malattie che dominano nell'Italia in generale, e quelle che prediligono le varie sue località; indicarne le cause e la genesi ».

Tempo utile a presentare le Memorie, fino alle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1879.

Premio, L. 1500, e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

Tema per l'anno 1880, *pubblicato il* 1° *agosto* 1878.

« Storia critica dei telefoni ».

Tempo utile a presentare le Memorie, fino alle 4 pomeridiane del 1° marzo 1880.

Digitized by Google

Premio, L. 1500, e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

Le Memorie premiate nei concorsi ordinari di fondazione Cagnola restano proprietà degli autori; ma essi dovranno pubblicarle *entro un anno*, prendendo i concerti colla Segreteria dell'Istituto per il sesto ed i caratteri, e consegnandone alla medesima cinquanta esemplari; dopo di che soltanto potranno ricevere il numerario.

Tanto l'Istituto quanto la Rappresentanza della fondazione Cagnola si riservano il diritto di farne tirare a loro spesa quel maggior numero di copie di cui avessero bisogno a vantaggio della scienza.

PREMI STRAORDINARI DI FONDAZIONE CAGNOLA

Temi per l'anno 1879, *pubblicati il* 2 *agosto* 1877.

Il R. Istituto Lombardo apre di nuovo il concorso ai premi straordinari di fondazione del fu dottore Antonio Cagnola sui seguenti temi, contemplati nel suo testamento:

1° *Sulla natura de' miasmi e contagi.*

2° *Sulla direzione de' palloni volanti.*

Saranno presi in considerazione per il premio tutti gli apparati e congegni che valessero a far progredire verso una pratica soluzione il problema de' viaggi aerei.

Si offre quindi il premio di L. 1500, e di una medaglia d'oro di L. 500, a quei nazionali o stranieri i quali, con Memorie manoscritte o con opere stampate in lingua italiana o latina o francese, si constatassero autori di una scoperta fatta dal 1876 in poi, assolutamente comprovata di rilevante vantaggio alla società e di progresso, relativamente ad alcuno degli accennati temi.

Le Memorie e le opere stampate dovranno essere presentate non più tardi delle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1879.

Pei manoscritti, potrà, chi voglia, seguir le formalità accademiche delle schede suggellate; le opere a stampa saranno prodotte in doppio esemplare, colla precisa indicazione dei passi ove si tratta della scoperta in questione.

Anche i Membri effettivi del R. Istituto sono ammessi a concorrere, ma dovranno notificarsi prima, e non potranno prendere parte alle relative disamine e deliberazioni.

Digitized by Google

Il premio potrà essere aggiudicato anche in parte: e l'aggiudicazione avrà luogo nella solenne adunanza dell'anno 1879. La stampa e la conservazione dei manoscritti si farà come pel concorso ai premi ordinari della fondazione Cagnola.

Tema per l'anno 1882, *pubblicato il* 1° *agosto* 1878.

« Dimostrare con esperienze se la materia generatrice dell'idrofobia sia un *principio virulento* (velenoso), o un *germe* organizzato (lissico).

« Le esperienze possono eseguirsi esaminando coi reattivi chimici e col microscopio i componenti della bava boccale di un cane idrofobo, anche dopo di averlo ucciso; facendo iniezioni sottocutanee in cani, gatti e altri animali tenuti sotto rigorosa custodia e osservazione, e sperimentando quegli altri mezzi che si giudicheranno opportuni.

« Supposto che il principio idrofobico sia un germe organizzato, e quindi spiegabile la sua più o meno lunga incubazione colle condizioni individuali organiche ed umorali del soggetto inoculato, si passerà a determinare il risultato di un trattamento *profilattico antizimico* a sufficienza continuato (sali di chinino, citrato, solfato, solfofenato di chinino; preparati salicilici; solfiti ed iposolfiti, ecc.), sopra cani e gatti iniettati col principio lissico ed in comparazione di animali simili non inoculati, ma trattati cogli stessi rimedi preventivi.

« Se lo studio chimico e microscopico della bava rabbiosa appoggiasse invece l'opinione doversi ad un *virus* o principio velenoso la causa dell'idrofobia, si dovranno esperire comparativamente sugli animali i *potenti rimedi antispasmodici* che la medicina moderna possiede, quali sono il *cloroformio*, l'*etere*, il *nitrito di amilo* per inspirazione, il *cloralio glicerinato* per iniezione nelle vene, l'estratto di *canape indiano* (haschisch) per iniezione nel retto intestino, ecc. ».

La soluzione di questa prima parte dell'importante argomento che riguarda la *natura* e la *cura* dell'idrofobia, avvierebbe certamente nel modo più positivo ed utile agli studi clinici.

Premio L. 6000.

Digitized by Google

Tempo stabilito a presentare le Memorie, sino alle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1882.

Le Memorie dei concorrenti potranno anche essere presentate non anonime, purchè non pubblicate prima della data di questo programma.

Anche per questo premio straordinario si ritiene obbligato l'autore della Memoria premiata a consegnarne all'Istituto cinquanta esemplari e a lasciarne tirare maggior numero di copie dall'Istituto e dalla Rappresentanza della fondazione Cagnola.

PREMIO DI FONDAZIONE SECCO-COMNENO

Tema per l'anno 1882, *pubblicato il* 2 *agosto* 1877.

« Considerazioni e proposte circa i soccorsi che gl'istituti di pubblica beneficenza sogliono prestare a domicilio ».

Il premio consiste in lire 864.

Tempo utile a presentare le Memorie, fino alle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1882.

La Memoria premiata rimane proprietà dell'autore, ma egli dovrà pubblicarla entro un anno dall'aggiudicazione, consegnandone otto copie all'Amministrazione dell'Ospitale Maggiore di Milano, ed una all'Istituto per il riscontro col manoscritto: dopo di che soltanto può conseguire il premio.

PREMIO DI FONDAZIONE BRAMBILLA

Concorso per l'anno 1879.

L'ingegnere Giovanni Francesco Brambilla, di Milano, nominò, con suo testamento del 31 gennaio 1841, depositario e amministratore di ogni suo avere il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, ordinando che il frutto dell'eredità sia speso d'anno in anno in un premio *a chi avrà inventato o introdotto in Lombardia qualche nuova macchina o qualsiasi processo industriale od altro miglioramento, da cui la popolazione ottenga un vantaggio reale e provato.* Il premio sarà proporzionato all'importanza dei titoli che si presenteranno al concorso, e potrà raggiungere, in caso di merito eccezionale, la somma di L. 4000.

Digitized by Google

Tempo utile per concorso, fino alle 4 pomer. del 31 gennaio 1879.

I concorrenti dovranno presentare, nel termine prefisso, le loro istanze accompagnate dagli opportuni documenti, alla Segreteria del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nel palazzo di Brera in Milano.

PREMIO DI FONDAZIONE GIACOMO E FILIPPO CIANI

Concorso straordinario per l'anno 1879, *pubbl. il* 13 *genn.* 1876.

Il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, coll'assentimento del fondatore, Dott. Antonio Gabrini, riapre il concorso a un premio straordinario di un titolo di rendita di lire cinquecento annue, da conferirsi, nel 1879, all'autore di un

« *Libro di lettura per il popolo italiano* ».

A togliere il dubbio che s'intenda dover prevalere nell'opera domandata la parte dell'istruzione, come avvenne nel precedente concorso allo stesso premio, si dichiara innanzi tutto aversi di mira d'ottenere un libro essenzialmente educativo e letterario, il quale offra al popolo una gradevole e amena lettura.

L'opera dovrà essere di giusta mole e di buona forma letteraria, la più facile e la più attraente, affinchè possa diventare un libro famigliare al popolo.

L'autore potrà svolgere il tema con la unità del soggetto o la varietà delle letture; e, nel concetto educativo del suo lavoro, avrà cura di mantenersi nel campo delle eterne leggi della morale, e nei principii delle istituzioni liberali, senza appoggiarsi a dogmi o a forme speciali di governo.

Possono concorrere Italiani e stranieri di qualunque nazione, semprechè il lavoro sia in buona lingua italiana.

I membri effettivi ed onorari del Reale Istituto Lombardo non sono ammessi a concorrere.

Il libro dev'essere originale, nè pubblicato prima della data di questo programma; alle opere stampate si dovrà unire una dichiarazione dell'autore e dell'editore, per accertare il tempo preciso in cui l'opera venne pubblicata.

Digitized by Google

I manoscritti e le opere a stampa dovranno essere trasmessi, franchi di porto, all'indirizzo della *Segreteria del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nel Palazzo di Brera, in Milano.*

I manoscritti anonimi e le opere pseudonime saranno accompagnati da una scheda suggellata, che contenga il nome, cognome e domicilio dell'autore. Questa scheda non sarà aperta se non quando fosse all'autore aggiudicato il premio.

Il tempo utile alla presentazione de' lavori sarà fino alle 4 pomeridiane del 31 dicembre 1878.

L'aggiudicazione del premio si farà nella solenne adunanza dell'Istituto dell'anno 1879.

Non saranno accettati manoscritti che non sieno di facile lettura, e i concorrenti avranno cura di ritirarne la ricevuta dall'ufficio di Segreteria, o in proprio nome, o indicando, nel caso dell'anonimo, la persona a cui la ricevuta deve essere trasmessa.

I manoscritti saranno restituiti, un mese dopo che sieno pubblicati i giudizi sul concorso, alla persona che ne porgerà la ricevuta rilasciata dalla Segreteria all'atto della presentazione. Le opere a stampa rimarranno alla libreria dell'Istituto.

Il certificato di rendita perpetua delle lire cinquecento sarà consegnato al vincitore del concorso, quando sia accertata la pubblicazione dell'opera.

TERZO CONCORSO TRIENNALE CIANI

Pubblicato il 9 novembre 1877.

Nel 1880, il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere assegnerà un premio all'autore del miglior *Libro di lettura per il popolo italiano*, che sarà stampato e pubblicato nei tre anni, dal 1° marzo 1877 a tutto febbraio 1880, e che risponderà alle condizioni che qui si accennano:

L'opera dovrà essere di giusta mole, e, qualunque ne sia la forma letteraria, dalla narrativa alla drammatica, dovrà avere per base le eterne leggi della morale e le liberali istituzioni, senza appoggiarsi a dogmi o a forme speciali di governo.

Digitized by Google

L'autore avrà di mira non solo che il concetto di essa sia eminentemente educativo, ma che l'espressione altresì ne sia la più facile e attraente, cosicchè l'opera possa formar parte d'una serie di buoni libri di lettura famigliari al popolo.

Possono concorrere autori italiani e stranieri, di qualunque nazione, purchè il lavoro, pubblicato con le stampe, sia in buona lingua italiana e in forma chiara ed efficace.

I membri effettivi ed onorari del Reale Istituto Lombardo non sono ammessi a concorrere.

L'opera deve essere originale, nè essere stata pubblicata innanzi al suddetto triennio, cioè innanzi al 1° marzo 1877.

Il tempo utile alla presentazione dei lavori pubblicati è a tutto febbraio 1880.

Gli autori concorrenti dovranno, all'atto della pubblicazione dell'opera, presentarne *due* esemplari alla Segreteria del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nel palazzo di Brera, in Milano, unendovi una dichiarazione, firmata dall'editore, del mese in cui l'opera venne pubblicata. Sarà loro rilasciata una ricevuta di ufficio del deposito fatto, all'intento di stabilire il tempo utile della pubblicazione, giusta il programma.

Le opere anonime e pseudonime dovranno essere accompagnate da una scheda suggellata, e con un motto, la quale contenga il nome, cognome e domicilio dell'autore: questa scheda non sarà aperta, se non quando fosse all'autore aggiudicato il premio.

Le opere presentate si conserveranno nella libreria dell'Istituto per uso d'ufficio e per corredo dei proferiti giudizi.

Il premio è di L. 1500: e ne verrà fatta l'aggiudicazione nell'adunanza solenne dell'Istituto dello stesso anno 1880.

PREMIO DI FONDAZIONE PIZZAMIGLIO

Il defunto avv. cav. Clemente Pizzamiglio, con disposizione testamentaria del 26 giugno 1870, legò al Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere la somma di lire cinquecento annue in rendita pubblica, allo scopo di stabilire un premio da conferirsi ogni biennio all'autore che avrà meglio trattata in iscritto una tesi sopra argomento di politica, di storia, di filosofia o di diritto.

Digitized by Google

Tema per l'anno 1879.

Il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere riapre il concorso al primo premio biennale di questa fondazione, per il quale venne dal benemerito testatore stabilito il tema seguente:

« Presentare un progetto intorno all'amministrazione della giustizia in Italia, e negli affari civili, che raccolga i requisiti dell'economia, della celerità e della guarentigia dei diritti de' cittadini. — A raggiungere tale scopo si presterebbe il giudizio collegiale, senza appello, e senza revisione? In caso positivo se ne dimostri l'organismo pratico. In caso contrario, si adduranno le ragioni di siffatta risposta negativa, e si passerà al progetto summentovato, senza riguardo alla fatta domanda ».

Ai concorrenti è lasciata piena libertà di trattazione con queste avvertenze:

1° Che il progetto in discorso *abbia ad avere esclusivamente riguardo agli affari civili*;

2° Che esso debba comporsi:

a) D'un piano d'*ordinamento giudiziario*;

b) Della *circoscrizione territoriale* delle autorità giudiziarie, in quanto almeno non dipenda da circostanze affatto locali;

c) Della *procedura civile*.

La Commissione esaminatrice, nell'assegnare il premio, avrà speciale riguardo a chi nel lavoro presentato abbia dimostrata maggiore profondità di dottrina e cognizione perfetta dell'argomento.

Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 31 marzo 1879.

Altro tema per l'anno 1879, pubblicato il 2 agosto 1877.

« Studi e proposte intorno ai limiti e all'esercizio del diritto elettorale in Italia ».

Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 31 marzo 1879.

Il premio, per ciascuno di questi concorsi, è di lire 1000.

Può concorrere ogni Italiano, con Memorie manoscritte e inedite.

Digitized by Google

Queste dovranno essere trasmesse, franche di porto, alla Segreteria del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nel palazzo di Brera, in Milano, nel tempo prefisso; e, giusta le norme accademiche, saranno anonime, e contraddistinte da un'epigrafe, ripetuta sopra una scheda suggellata, che contenga il nome, cognome e domicilio dell'autore.

Il giudizio sarà proclamato nell'adunanza solenne dell'anno 1879.

La Memoria premiata rimarrà proprietà dell'autore, ma egli dovrà pubblicarla entro un anno, insieme col rapporto della Commissione esaminatrice, e presentarne una copia al R. Istituto; dopo di che soltanto potrà conseguire la somma assegnata per premio.

Tutti i manoscritti si conserveranno nell'archivio dell'Istituto, per uso d'ufficio e per corredo de' proferiti giudizi, con facoltà agli autori di farne tirar copia a proprie spese.

È libero agli autori delle Memorie non premiate di ritirarne la scheda entro un anno dalla proclamazione del giudizio sul concorso.

PREMIO STRAORDINARIO COSSA

Tema per l'anno 1880, *approvato nell'adunanza del* 13 *apr.* 1865, *e riproposto il* 2 *agosto* 1877.

Il chiarissimo professore nobile Luigi Cossa, M. E. del R. Istituto Lombardo, nel desiderio di promuovere le indagini sulla storia delle dottrine economiche in Italia, ha assegnato un premio di lire mille e duecento, da conferirsi, a giudizio dell'Istituto medesimo, all'autore della migliore monografia sul seguente tema:

« Esporre la storia delle dottrine economiche nella Lombardia durante i secoli XVI, XVII e XVIII, additandone l'influenza sulla legislazione, e facendo opportuni raffronti sullo svolgimento contemporaneo di quegli studi nelle altre parti d'Italia ».

Tempo utile pel concorso, fino alle 4 pom. del 31 marzo 1880.

La Memoria premiata rimane proprietà dell'autore, ma egli deve pubblicarla entro un anno, insieme col rapporto della Commissione esaminatrice, e presentarne una copia all'Istituto Lombardo; dopo di che soltanto potrà conseguire la somma.

Digitized by Google

FONDAZIONE DEL PROFESSORE GIOVANNI FOSSATI

Il professore cav. Giovanni Fossati, che fu egregio cultore della scienza frenologica, dispose di due cartelle di Consolidato, dell'annua rendita complessiva di L. 2000, allo scopo di promuovere gli studi dell'anatomia, della fisiologia, della patologia del cervello e del sistema nervoso, con preferenza alle ricerche frenologiche ed alla dottrina di Gall; domandando al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere l'incarico di proporre i temi di concorso per un premio annuale, e di aggiudicare le ricompense ai meritevoli, e al Municipio di Milano affidando la cura di far eseguire questa sua generosa disposizione.

Tema per l'anno 1879, *pubblicato nel* 1873, *e riproposto il* 7 *agosto* 1876.

« Storia dei progressi dell'anatomia e della fisiologia del cervello nel secolo corrente, con particolare riguardo alla dottrina di Gall.

« I concorrenti prenderanno le mosse dalle ultime pubblicazioni di Gall, e verranno fino al 1870.

« Premesso uno schizzo sullo stato in cui si trovava l'anatomia e la fisiologia del cervello a quell'epoca, esporranno le conquiste che fecero in seguito queste due scienze.

« I concorrenti dovranno specialmente curare la chiarezza e l'esattezza dell'esposizione, corredandola all'uopo di opportune figure ».

Premio, L. 3000.

Tempo utile per il concorso, fino alle 4 pomeridiane del 1° aprile 1879.

Tema per l'anno 1880, *pubblicato il* 2 *agosto* 1877.

« Illustrare qualche fatto di anatomia macro o microscopica dell'encefalo umano ».

Premio, L. 2000.

Digitized by Google

Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pomeridiane del 1° aprile 1880.

Tema per l'anno 1881, *pubblicato il* 1° *agosto* 1878.

« Dei centri motori della corteccia cerebrale.

« Alla storia critica di quanto s'è finora dimostrato, l'autore dovrà aggiungere fatti propri, sia di fisiologia esperimentale, sia d'anatomia patologica ».

Premio, L. 2000.

Tempo utile per il concorso, fino alle 4 pomeridiane del 1° aprile 1881.

Il concorso ai premi della fondazione Fossati è aperto a tutti gli Italiani.

I manoscritti dovranno essere presentati, nel termine prefisso, alla Segreteria del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nel palazzo di Brera, in Milano.

Ogni manoscritto sarà accompagnato da una lettera suggellata, portante al di fuori un'epigrafe uguale all'epigrafe del manoscritto, e al di dentro il nome dell'autore, e l'indicazione precisa del suo domicilio.

Il giudizio sarà pronunziato dalla Commissione da nominarsi dal R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, e il premio sarà conferito nella seduta solenne successiva alla chiusura di ciascun concorso.

I manoscritti premiati saranno restituiti all'autore, perchè ne curi a sue spese la pubblicazione, e dell'opera pubblicata dovrà consegnarne tre copie al R. Istituto Lombardo; una delle quali destinata alla biblioteca dell'Ospedale Maggiore, e una a quella del Museo Civico di storia naturale: dopo di che soltanto potrà il premiato ritirare la somma assegnata pel premio.

Digitized by Google

NORME GENERALI PER I CONCORSI

Eccettuati quelli delle fondazioni Brambilla, Ciani, Pizzamiglio, Fossati, come pure gli straordinari della fondazione Cagnola, pei quali valgono le prescrizioni particolari già accennate.

Può concorrere ogni nazionale o straniero, eccetto i Membri effettivi del R. Istituto, con Memorie in lingua italiana, o francese, o latina. Queste Memorie dovranno essere trasmesse franche di porto, nel termine prefisso, alla Segreteria dell'Istituto, nel palazzo di Brera, in Milano; e, giusta le norme accademiche, saranno anonime, e contraddistinte da un motto, ripetuto su di una scheda suggellata, che contenga il nome, cognome e domicilio dell'autore. Si raccomanda l'osservanza di queste discipline, affinchè le Memorie possano essere prese in considerazione.

Ad evitare equivoci, i signori concorrenti sono ancora pregati di indicare con chiarezza *a quale* dei premi proposti dall'Istituto intendano concorrere.

Tutti i manoscritti si conservano nell'archivio dell'Istituto, per uso d'ufficio, e per corredo dei proferiti giudizi, con facoltà agli autori di farne tirar copia a proprie spese.

È libero agli autori delle Memorie non premiate di ritirarne la scheda entro un anno dall'aggiudicazione dei premi, i quali verranno conferiti nella solenne adunanza del giorno 7 agosto successivo alla chiusura dei concorsi.

Milano, 1° agosto 1878.

Il Presidente: **C. Belgiojoso.**

I Segretari: C. Hajech — G. Carcano.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 38ª settimana

dal 15 al 21 settembre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	5	3	8
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	1	3	4
Difterite e croup	»	2	2
Coclussie	»	»	»
Vaiuolo	1	2	3
Morbillo	»	»	»
Scarlattina	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»
Coléra	»	»	»
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»
» tifoidea e tifo	2	3	5
» migliare	»	»	»
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2
Malattie chirurgiche e traumatiche	5	»	5
Avvelenamenti diversi	»	»	»
Asfissie	»	»	»
Malattie dell'appar.º respiratorio	5	4	9
» dell'apparato dell'alimentazione	10	10	20
» dell'app.º cardio-vasale	4	1	5
» del sistema nervoso	3	4	7
» dell'app. uropoietico e genitale	2	»	2
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»
Pneumatosi ed idropi	»	»	»

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	To
Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	
» tubercolose, scrofolose	4	6	1
» sifilitiche	»	»	
» nervose	»	»	
» ematiche	»	»	
» calcolose	»	»	
» scirrose, cancerose	»	»	
Dermatosi varie	»	»	
Marasmo senile e tabi diverse	»	»	
Indeterminate	»	»	
TOTALE	42	40	8
Non appartenenti alla popolazione di Torino	6	11	1
TOTALE nella 38ª settim.ª	48	51	9
» nelle settim.e precedenti	2618	2643	526
TOTALE complessivo	2666	2694	536
TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2313	2382	469

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 38ª settimana	81	74	155	8	1	9
Nelle precedenti	2591	2384	4975	209	135	344
TOTALE COMPLESSIVO	2672	2458	5130	217	136	353

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore NOVARO *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

Anno XLI 10-20 ottobre 1878 N. 10-11

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

DI UN MIXO-SARCOMA PRIMITIVO DEL POLMONE

CON CELLULE A NUCLEO GIGANTE.

Comunicazione di **Colomiatti V. F.**

Il giorno 10 del mese di novembre scorso io ho raccolto da un cadavere di donna, che aveva servito per un esame di laurea nella prova pratica di *medicina legale*, di *chirurgia operativa* e di *anatomia patologica*, un polmone (il destro), il quale si presentava nel suo lobo superiore coll'aspetto di un tumore, che potè essere giudicato quale un carcinoma.

L'insieme della massa di questo tumore (il quale offriva una consistenza alquanto debole), alla superficie del taglio fresco, era di un colore giallognolo, più o meno carico a seconda delle sue diverse parti. In molti luoghi, massime dove il colore giallognolo era più intenso, aveva una apparenza paragonabile a quella che è propria delle masse caseose che si riscontrano talora, ad es. nei sarcomi di alcuni organi (testicolo). In altri si presentava con un grado più o meno

Digitized by Google

spiccato di rammollamento e vi si riduceva ad una specie di gelatina alquanto opaca ed assai viscida. Era in questi ultimi il tumore rappresentato da un *tessuto mucoso;* e difatti colle reazioni chimiche, vi ho riscontrato una grandissima quantità di *mucina* che proveniva dalla sostanza intercellulare.

Questo tumore aveva robuste aderenze alla pleura costale, dalla quale però ho potuto, quantunque a stento, isolarlo.

Oltre ad esso ho pure raccolto l'utero tempestato da fibro-leio-miomi, più o meno voluminosi. Il rimanente del cadavere fu, da parte mia, dopo la prova per la quale era stato destinato, oggetto di un accurato esame. Ne ho completata cioè l'autopsia, che riferirò quando darò di questo caso i più minuti dettagli, avendo al presente nessuna altra intenzione, tranne quella di rivelare un fatto offertomi dal polmone, il quale è certamente destinato a figurare fra i distinti quadri che ci presenta l'istologia patologica.

Ecco di che si tratta. — Il tumore del polmone (lo dirò in breve per non oltrepassare i limiti di una semplice comunicazione) non è un carcinoma, ma effettivamente un sarcoma, il quale non ha già la significazione di un *sarcoma puro*, bensì quella di un *mixo-sarcoma.*

È essenzialmente rappresentato nei suoi elementi morfologici da cellule connettive rotonde grandi, da molte cellule fusiformi, e da una quantità discreta di cellule ovalari più o meno deformate, nonchè da cellule relativamente grandissime ed a contorni alle volte assai irregolari. Di esse solo pochissime si presentano integre nell'aspetto dei loro costituenti, essendo quasi tutte più o meno gremite di goccie adipose, che in molte stanno a sostituire il protoplasma,

Digitized by Google

il quale però vi si disegna ancora per il debole suo contorno.

In queste cellule, tranne rarissime eccezioni, il nucleo è spiccatamente manifesto, rotondeggiante od ovalare, *sempre e distintamente nucleato.*

Di raro esse, considerate in tutte le loro forme e qualità sopra numerate, contengono due o tre nuclei: per contro nei nuclei delle medesime si vede difficilmente un solo nucleo, e questo, dove esiste unico, è per regola sotto la veste di una proliferazione più o meno avanzata.

Le cellule più grandi di questo tumore sono, fra tutte, quelle che più facilmente possono contenere due o tutt'al più tre nuclei. Queste però non devono la loro estrema grandezza all'aumento del loro protoplasma ed al numero dei nuclei (che, come del resto si vede, non si potrebbe mai dire sproporzionato), bensì al massimo volume dei nuclei stessi. Le più sviluppate anzi sono poverissime di protoplasma, ed hanno un nucleo solo, il quale (generalmente di forma ovoidea) ha talvolta quegli estremi diametri che solo sono propri delle cellule gigantesche ordinarie.

Esse sono perciò da chiamarsi *cellule con nucleo gigante;* denominazione che ricorda le cellule giganti (1), colle quali il nucleo gigante ha ancora, oltre ai suoi diametri, altre rassomiglianze. Difatti, mentre le cellule giganti hanno nel loro seno una grande quantità di nuclei, distintamente nucleati o no, un tale nucleo ha nel suo interno una moltitudine di nucleoli manifestissimi, discretamente voluminosi, ed in via di divisione.

(1) Colomiatti, *La cellula gigantesca — Gazzetta delle Cliniche* di Torino, 1876.

Digitized by Google

Di più ogni cellula gigante, che non è il risultato della fusione di parecchie piccole cellule in un corpo solo, od una pseudo-cellula qualsiasi, è di origine proliferа, vale a dire, non è che una cellula ordinaria in via di proliferazione arrestatasi ai primi suoi atti, allo aumento cioè del protoplasma ed alla moltiplicazione del nucleo; e il mio *nucleo gigante* è anch'esso della stessa origine, non essendo che un *nucleo di una cellula connettiva, il quale si è pure arrestato ai due primi atti della sua moltiplicazione, all'aumento progressivo dei suoi diametri, ed alla divisione continua del suo primitivo nucleolo.*

Contribuzione allo studio della risipola delle ferite, specialmente per quanto ne riguarda la eziologia, la profilassi e la cura; per il Dott. **Bobone**, (Osservazioni raccolte alla Clinica operativa diretta dal Prof. L. Bruno).

I.

Nel trattamento delle affezioni che entrano nel dominio della chirurgia v'ha una parte, la quale, per la sua importanza, non la cede punto all'atto operativo medesimo. Questa parte si compendia nel còmpito che ha il chirurgo di mettere il suo operato in condizioni, per quanto può, le più favorevoli, affine di tener lontani da lui tutti quelli accidenti che, pur troppo soventi, si elevano a potenti ostacoli contro il

Digitized by Google

decorso normale delle ferite; accidenti che, spesso, si svolgono in modo subdolo, scoppiano repentinamente, si accompagnano ad un imponente apparato sintomatologico, esauriscono in brev'ora le forze dell'infermo e le risorse dell'arte; si domano difficilmente e raramente ad onta di tutti gli sforzi, mentre d'ordinario sono essi che domano il paziente, ed in pochi giorni lo spengono. E questi accidenti sono le così dette *malattie accidentali* delle ferite; e si chiamano ora piemia, ora setticemia, ora gangrena nosocomiale, ora difterite, ora risipola, ecc. L'illustre chirurgo inglese Sir James Paget, con nome felicemente trovato li chiama: *calamità della chirurgia.*

Tutte le volte che ci vien fatto di dare uno sguardo ai recenti progressi della chirurgia, mentre vediamo che si è andati molto innanzi nella scoperta di mezzi che resero più facili e brevi, e meno pericolose le operazioni, abbiamo anche la soddisfazione di constatare, come anche per quanto riguarda quelle *calamità* della chirurgia, l'èra moderna possa oramai vantare su di esse una decisiva vittoria.

Ad esempio, egli è in virtù della medicazione Lister, che Nussbaum ha potuto dire d'aver visto scomparire dalle sue sale la piemia, la setticemia, la risipola, ecc. e perfino le elevate temperature febbrili (1).

Ed è in grazia dei sorprendenti risultati ottenuti nella clinica di Halle colla medicazione Lister scrupolosamente applicata, che il Volkmann (2) ha osato scrivere: « *Il chirurgo curante è responsabile di ogni caso di piemia, di ogni risipola, di ogni infiltrazione*

(1) Nussbaum, *Die chirurgisce Klinik in München*, in Jahre 1875.

(2) Volkmann, *Baitrage zur chirurgie*, Leipzig 1875.

Digitized by Google

purulenta e di ogni necrosi di moncone di amputazione ».

È un fatto inconcusso, che le condizioni per lo sviluppo delle malattie accidentali delle ferite sono immensamente più favorevoli negli ospedali che nelle campagne, e negli alloggi privati della città. Là l'accumulo degli ammalati, l'ambiente scarso ed impregnato di tutte le esalazioni, che si elevano dalle piaghe, la cattiva igiene, la scarsità del personale, i rapporti immediati e mediati tra i varii ammalati, e la comunanza degli apparecchi di medicazione fanno sì che l'ammalato non è mai al coperto dal pericolo di venir attaccato da qualcheduna delle suaccennate malattie. Tutte queste condizioni mancano in gran parte se si va fuori dell'ospedale. Sta anche il fatto, che sotto questo riguardo si verificano delle differenze tra ospedale ed ospedale: in uno fa strage la gangrena nosocomiale, in un altro la difterite, in un altro la risipola, ecc. ecc.. Durante il tempo in cui, come allievo esterno dapprima, ed interno dopo, frequentai le sale dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni, addetto specialmente alla sezione chirurgica, ho potuto notare come quivi la risipola, sia per la sua frequenza, sia per la importanza che ha spiegato in moltissimi casi, ha superato di gran lunga le altre complicazioni suaccennate; talchè, mentre la gangrena nosocomiale e la difterite delle piaghe non si ebbero che poche volte, posso dire che non passò mai mese senza che qualcheduno dei ricoverati nelle sale chirurgiche venisse attaccato dalla risipola. Il suo irrompere istantaneo, violento, ora sotto forma di casi isolati, ora sotto quella di epidemia; il decorso così frequentemente grave e l'esito non di rado letale; il fatto, che talora di varii ammalati che trovavansi presso a poco

Digitized by Google

nelle stesse condizioni, parte ne erano affetti e parte rimanevano illesi, e che talora il male, risparmiando ammalati che presentavano delle vaste soluzioni di continuo, ne attaccava degli altri con ferite lievi o pressochè cicatrizzate; il *modo di propagarsi* delle epidemie erisipelatose, che, fin da principio, mi si mostrò soggetto a qualche legge, che per me era ancora un'incognita, e finalmente, la nessuna influenza che i compensi terapeutici usualmente adoperati esercitavano sul decorso di questa complicazione, di guisa che non si potevano impedire nè gravi guasti locali, nè impedire lo scoppio di disordini generali; tutti questi fatti sommati, costituivano per me una serie di circostanze che m' impegnarono a studiare la malattia, per quanto me lo permettevano gli scarsi mezzi di cui poteva disporre.

Seguendo il consiglio dell'egregio Dott. Novaro, assistente capo alla Clinica, cominciai dal propormi il quesito dell'eziologia della risipola, ed, osservando tra i casi che man mano capitavano, quelli che si presentavano più spiccati, tenendo però un certo conto anche dei leggeri, sono venuto a delle conclusioni le quali, se non mi condussero alla scoperta di rilevanti fatti ancora ignoti, mi permettono però di fronte alla lotta che tutt'ora ferve tra i sostenitori di opinioni disparate, fra *contagionisti* e non *contagionisti*, somme individualità scientifiche da una parte e dall'altra, di schierarmi più sotto l'uno che l'altro di quei grandi maestri, non guidato da simpatie personali o da idee preconcette, ma dalle proprie convinzioni.

Digitized by Google

II.

Lo studio accurato sull'eziologia della risipola delle ferite risale ad epoca poco remota, ed i risultati di questo studio, che condusse ad apprezzamenti già abbastanza soddisfacenti, quantunque non ancora universalmente accettati, sull'essenza di questa grave complicazione delle ferite, costituiscono una conquista della generazione presente.

La storia ci racconta di epidemie spaventose di risipola che attraversarono vaste estensioni del globo: tale è l'epidemia che funestò gran parte dell'America dal 1841-54 (Hirsch). Non c'è grande ospedale dove, nei tempi passati la risipola non abbia mietuto numerose vittime tanto nelle sale chirurgiche, quanto in quelle di medicina.

Corsero dei tempi in cui bastava la più piccola soluzione di continuo fatta sulla pelle, quale, ad es., la puntura di un trequarti o di una lancetta, il distacco dell'epidermide anche su picciol tratto, per far correre agli ammalati grave pericolo di venire attaccati da risipole ribelli.

Attualmente però corrono tempi migliori; si direbbe che quel genio malefico *erisipelatogeno* vada man mano estinguendosi, se si considera che le epidemie di risipola si son fatte più rare e meno imponenti. Tuttavia, se si mette a confronto la moderna coll'antica terapia dei morbi, si potranno di leggeri trovare delle ragioni le quali fanno pensare che, più che dalla estinzione graduata d'un agente erisipelatogeno, sia da ripetersi la diminuzione nella frequenza e nella intensità di quelle epidemie dai metodi più razionali

Digitized by Google

di cura a cui si sottopongono i malati sia negli scompartimenti di medicina che in quelli di chirurgia.

Una volta, la parte più essenziale della terapia delle affezioni attinenti alla medicina, consisteva in *esercizi* di bassa chirurgia; salassi, sanguette, cauterii, scarificazioni, vescicanti, setoni, ecc. . . . negli scompartimenti di medicina si versavano dei rivi di sangue e si aprivano tante strade che oggi ripetute osservazioni hanno dimostrato essere le porte d'ingresso della risipola.

Attualmente si può dire, che in confronto di allora negli scompartimenti di medicina non si versi più una stilla di sangne, e si può pensare seriamente che da questo fatto si debba prendere le mosse per interpretare la diminuzione delle epidemie erisipelatose che si verificano negli scompartimenti suddetti.

Dagli antichi scrittori, l'insorgere della risipola fu variamente interpretato — Vi fu chi pensò trattarsi di un'affezione che insorgesse epidemicamente, come il vaiuolo o la scarlattina e che si estrinsecasse nei fenomeni cutanei. Altri ne incolparono lo stato bilioso, altri la zavorra gastrica, altri l'impedita escrezione dell'acredine del sangue per la pelle. Si parlava di una risipola che si sviluppa nei soggetti deperiti in seguito a malattie gravi, e si chiamava *terminale;* si parlava di una risipola provocata da irritazione del tubo intestinale per alimenti indigesti; distinguevasi una risipola *idiopatica* ed una risipola *traumatica*, come se fossero due affezioni diverse nella loro essenza e nella loro origine, comuni nei loro sintomi.

Fu solo più tardi che osservazioni più accurate condussero alla conoscenza di un nesso di causalità tra le soluzioni di continuo della pelle e delle mucose e l'erisipela; ed allora cominciò a frangersi la barriera

Digitized by Google

eretta fra le due specie di risipola, al punto che oggi non si ammette più differenza di sorta tra queste due forme.

Il fatto sta, che osservazioni accuratamente istituite dagli studiosi hanno provato, che nei casi della così detta risipola idiopatica preesiste sempre una soluzione di continuo superficiale, non importa se piccolissima, dalla quale l'erisipela prende le mosse. Sarà una lieve scalfittura, una piccola crosta di eczema, un furuncolo, un'ulcera del cavo nasale: talora il punto di partenza si troverà in una fistola lacrimale, in un'otite purulenta, in una piccola lesione del cuoio capelluto, lesione che l'ammalato non saprà nemmeno d'avere. Tutte queste piccole soluzioni di continuo riesce con istraordinaria frequenza facile il rinvenirle o sul capo o sulla faccia nei casi di risipola facciale, che è appunto quella forma alla quale ancora oggidì molti pratici vorrebbero conservare il nome di *idiopatica*.

La sola differenza che si possa istituire tra queste forme di risipola e quella che insorge in seguito a traumatismi di qualche rilievo si è che nel primo caso, il decorso è più benigno che negli ultimi; cosa che si comprende facilmente, se si pensa, che negli individui già stremati di forze per suppurazioni prolungate e vaste, e già in preda alla febbre in seguito ad atti operativi subìti precedentemente, l'insorgere di una risipola susciti fenomeni più imponenti che non negli altri, nei quali il punto di partenza del morbo si trova in lesioni tanto piccole che non alteravano menomamente il loro stato di salute.

Questa conclusione, dedotta da considerazioni teoriche, trova la sua conferma nel campo della pratica.

Wunderlich, infatti, cita 63 casi di risipola *spontanea* con 2 soli morti. Le statistiche della mortalità

Digitized by Google

in seguito a risipole consecutive a ferite di rilievo od operazioni, conducono ad una cifra di mortalità 4-6 volte maggiore.

Ma la sola differenza nel decorso e nell'esito non basta per autorizzarci a designare con due nomi diversi le due forme di risipola.

III.

L'aver formulato la tesi che, una soluzione di continuo della cute o delle mucose delle cavità esterne del corpo è una condizione *sine qua non* perchè possa svilupparsi l'erisipela, segna già un progresso nello studio dell'eziologia di questa malattia.

Ma non si fermarono qui le indagini degli osservatori; che anzi questo trovato fu il punto di partenza per osservazioni ulteriori, fu una prima incognita risoluta, la cui conoscenza rese necessario formulare un altro problema; quali sono le condizioni sotto le quali una ferita conduce allo sviluppo di una risipola?

E continuando per questa via, non si tardò molto a porre in sodo l'importanza dell'influsso dell'aria atmosferica.

Il Gay Lussac aveva già detto, in tesi generale, che l'ossigeno dell'aria esercita un' azione deleteria sui liquidi organici, e li decompone.

Il Thiersch (1) attribuisce all'ossigeno dell'aria la proprietà di generare nelle secrezioni delle ferite il veleno della risipola, *che non sarebbe organizzato,*

(1) Thiersch — *Sammlung Klin. Vortr.*, N. 84-85.

Digitized by Google

ma simile ai fermenti. Egli nega adunque ai microrganismi la proprietà di generare la risipola.

La teoria di Pasteur rovesciò quella di Gay Lussac. Gli sperimenti del Pasteur, troppo noti per dispensarmi dell'accennarli, furono il punto di partenza della teoria *zimotica*, d'onde l'altra opinione, *che sono i germi contenuti nell'aria atmosferica che venendo a contatto con superficie cruenti provocano le malattie accidentali delle ferite.*

Bardeleben (1), osservando che la risipola si affaccia con maggior frequenza in primavera ed autunno, ne deduce che *certe condizioni atmosferiche* la favoriscono. Ammette un *genio predominante*, sotto il quale la più piccola ferita può dare incentivo a risipola.

Nelle sale dell'Ospedale di S. Giovanni ho potuto osservare anch'io la minor frequenza della risipola nei mesi d'estate, ma sarei inclinato a credere che ciò dipenda dalla pulizia generale che nel principio dell'estate si pratica ai muri, al pavimento, ai letti e specialmente alle cortine di questi ultimi, le quali, appese come stanno per undici mesi dell'anno, hanno agio a caricarsi di materie settiche.

Ma non è l'aria soltanto che si incaricherebbe di portare a contatto delle ferite i germi infettivi. Si è provato che vi sono altre fonti d'infezione, quali le lunghe vesti che si usano durante le operazioni e che si cambiano di rado, i ferri non accuratamente puliti, le spugne, i pezzi di medicazione, ecc.

Neudörfer (2), mette tra le fonti d'infezione anche l'acqua dicendo: « che non sono i microrganismi che

(1) Bardeleben - *Istitaz. di patol. char.*. Vol. 1°.
(2) Neudorfer - *Die Chirurgisce Behandlung der Wunden* - Wien 1877.

Digitized by Google

« si presentano in ogni acqua, anche nella stillata, « quelli che dieno all'acqua un dannoso influsso sulle « ferite, ma che l'acqua, come tale, agisce quale fer- « mento ».

Al dì d'oggi però va predominando l'idea che riconosce la contagiosità della risipola. I fautori di questa contagiosità non tengono conto nè delle influenze cosmo-telluriche, nè della azione dell'ossigeno dell'aria, e tanto meno dell'irritazione del tubo digerente, per ispiegarsi lo svolgersi dell'erisipela.

Per essi, la teoria puramente miasmatica, secondo la quale la risipola dipenderebbe dall'assorbimento di materia specifica formata per influenze atmosferiche o telluriche, non è sostenibile.

Di fronte a Biet, Chomel, Bardeleben..... anticontagionisti, s'elevano Arnolt, Gibson, Lawrence, Erichsen, Billroth, Volkmann e la maggior parte dei più illustri chirurghi tedeschi, come fautori del contagio.

Erichsen (1) narra di un malato portato nella sua clinica con risipola gangrenosa alle gambe: due ore dopo lo fece trasportare via ed isolare. Due giorni dopo, il suo vicino di letto, operato d'enterotomia, contraeva la risipola e ne moriva: da quel momento la risipola si propagò a quasi tutti gli operati. Per Erichsen questi fatti parlano abbastanza chiaro in favore della contagiosità.

Billroth (2), riconosce come generatrice della risipola una sostanza secca, polverulenta, che s'attacca agli oggetti di medicazione, abiti, strumenti, letti, muri, e da questi passa sulle piaghe; per lui, le epide-

(1) Erichsen - *Patol. Chir.*

(2) Billroth - *Patol. gen. Chir.*

Digitized by Google

mie di risipola negli ospedali dipendono da condizioni proprie dei luoghi stessi, e dalla cattiva igiene dello ospedale.

Quindi, supponendo anche pura l'aria che circola per un ospedale, i germi infettivi minacceranno egualmente i malati. Non fa bisogno che i germi si trovino nell'aria, quando stanno benissimo attaccati ai letti, ai muri, alle vesti, ecc. Lo provarono le esperienze fatte nella caserma Prince Eugène a Parigi, dove Mr. Miquel, esaminando l'aria, la trovò pura: ma, grattando le pareti, raccolse una polvere nerastra che, sospesa nell'acqua purificata, mostrò sotto al microscopio *une moltitude de vibrions filiformes.... des monades et plusieurs algues.*

Il Minich di Venezia (1), non ammette la necessità di un virus specifico per ispiegare la genesi della setticemia e piemia, ma questo virus specifico lo crede indispensabile per ispiegare la genesi della risipola. Anche Minich è contagionista, e dice d'aver anche egli constatato il fatto accennato da Erichsen, cioè che più volte un'epidemia erisipelatosa cominciò coll'ingresso nella sua sala di un malato con risipola.

Il miglior contributo alla teoria che ammette la contagiosità della risipola lo portò il Koenig pubblicando osservazioni e sperimenti istituiti a Rostok (2). Partendo dal fatto che la risipola attaccava di preferenza gli operati nella sala di operazione, e lasciava immuni i feriti venuti da fuori o gli operati nel loro letto, volse il pensiero al letto d'operazione i cui cuscini erano così lordi di sangue che *avevano*

(1) Minich - *Cura antisettica delle ferite* - Venezia 1876.

(2) Koenig - Nell'*Archiv. der Heilkunde*, 1869 - Erstes Heft.

Digitized by Google

perduto il loro colore primitivo. Portati via alcuni vasi destinati a raccògliere il pus ed il sangue e che erano discretamente lordi, cambiati i cuscini del letto, e curando sempre d'avviluppare gli operandi in lenzuola pulite, non vide più risipola negli operati di recente.

In un'altra epidemia Koenig potè trovarne la causa in un ammalato di risipola portato in quella sala, e non potè spegnere l'epidemia se non isolando gli erisipelatosi.

Di più il Koenig fece esperienze su conigli iniettando loro il liquido ottenuto immergendo nell'acqua le tele che formavano i cuscini del suo letto d'operazione. Ebbe risipole nei conigli inoculati.

Un fatto degno di nota si manifestò pure nelle sale del Koenig. Tre malati giacevano in una sala affetti da risipola; poco tempo dopo si sviluppava risipola in un altro ammalato che giaceva in un'altra sala; era assistito dallo stesso infermiere che assisteva i tre erisipelatosi.

Da questi fatti, l'autore conchiude per la specificità del virus che suscita la risipola, e per la sua contagiosità.

L'Orth, dietro analoghe esperienze, giunse alle stesse conclusioni del Koenig. Egli inoculava conigli col liquido tolto da una flittena di un malato di risipola, col pus di piaghe erisipelatose, ed osservava svilupparsi l'erisipela. Coltivò i batterii contenuti nelle vesciche erisipelatose in un liquido che poi inoculava, ed osservò risipola negli animali inoculati. Lo sviluppo della risipola va quindi di pari passo con quello dei batterii, i batterii stanno in rapporto stretto col veleno, i batterii sono soli causa della risipola: ecco le conclusioni dell'Orth.

Digitized by Google

Citerò ancora le conclusioni che da sperienze istituite dedusse l'Hueter (1), e che sono: che l'*erisipela origina dall'entrata delle monadi nella cute e nella rete di Malpighi, ed il suo diffondersi è portato dal cammino delle monadi nella pelle.*

Date tutte le suaccennate osservazioni, è giocoforza convincersi che la risipola è eminentemente contagiosa, e che non è solo l'aria il veicolo del contagio. Con ciò non si vuol dire che tutti gli ammalati che vengono affetti da risipola facciano supporre, come precesso il contagio diretto trasportato da un altro, ammalato pure esso di risipola. Di più, se la trasmissione del contagio avvenisse solo per via dell'aria, dovremmo vederne di preferenza attaccati quelli ammalati che presentano ferite più ampie, e per conseguenza più ampie superficie sulle quali il contagio può agire: invece ebbi sovente ad osservare tutto il contrario.

(Continua).

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

Sull'afasia ed emiplegia destra sifilitica a forma intermittente, del prof. Carlo Mauriac. Parigi 1877 (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle,* aprile 1878).

Un giovane di 28 anni nato da sani parenti e che aveva goduto sempre buona salute contraeva nel novembre 1873 un ulcero

(1) Hueter - *Die Allgemeine Chirurgie* - 1873.

Digitized by Google

infettante susseguito da pleiade inguinale con sintomi acuti. Ai primi di gennaio 1874 gli si manifestarono placche mucose alla bocca, alle fauci, ed allo scroto, adeniti sotto mascellari, difficoltà nella masticazione e nella loquela. Non si vide altra eruzione alla pelle per cui l'Autore crede che la roseola sia passata inosservata.

Dopo circa quattro mesi l'ammalato poteva dirsi guarito mediante pillole di mercurio, liquore del San-Swieten, e cauterizzazioni iodiche delle placche.

Verso gli ultimi di agosto però insorgeva una nuova eruzione di placche mucose alla superficie interna del naso, il quale si fece gonfio e dolente. Veniva medicato con pomata di precipitato rosso, e somministravaglisi internamente il biioduro di mercurio iodurato.

Un anno dopo presentava una gomma alla regione sopracigliare destra, che suppurava lasciando cicatrice depressa molto visibile. Nel frattempo apparivano due o tre larghe pustole di rupia alle estremità inferiori e placche mucose alla cavità della bocca. Venne dato ancora il sciroppo di biioduro di mercurio iodurato.

Nel febbraio 1875 l'ammalato andava guarendo di queste forme, ma cominciò ad accusare cefalalgie quasi continue estese a tutto il cranio, ed insonnia. Nel marzo a queste si aggiunse altra eruzione di placche mucose alla bocca ed alla faringe, che furono susseguite da eruzione crostacea del cuoio capelluto o da alopecia. Nel luglio i dolori alla testa crebbero, peraltro fugaci, intermittenti e per la prima volta si manifestò debolezza nelle dita della mano destra, che in seguito si estese al braccio corrispondente, la faccia pure ne fu presa per cui deviava a sinistra, ed anche la gamba destra per cui era difficoltato il movimento.

Questo senso di debolezza veniva ad accessi, che duravano pochi minuti e si ripetevano più volte al giorno.

Di lì a non molto tempo e coll'istesso carattere di intermittenza si aggiunse imbarazzo alla loquela, l'ammalato stentava a trovare le parole sebbene la lingua fosse fisiologicamente mobile. Incominciava pure a diminuire la memoria. Non vi furono mai

Digitized by Google

nè fenomeni di eccitamento cerebrale, nè perdita di coscienza, bensì notavasi un indebolimento degli organi genitali.

Nel giorno 1° di agosto l'ammalato ad un tratto senza vertigini, nè barcollamento, nè perdita di coscienza cadde a terra senza poter proferire parola, e paralizzato al braccio ed alla gamba destra.

Questo accesso durò 20 minuti, passato il qual tempo la favella e la motilità tornarono benissimo in modo che l'ammalato potè proseguire la sua passeggiata interrotta dall'accesso. Seguirono però presto tre o quattro altri simili attacchi.

Il giorno dopo l'ammalato era in preda a completa afasia ed emiplegia; fenomeni che scomparvero in una settimana.

Il 16 agosto nuovo attacco simile accompagnato per la prima volta da localizzazione della cefalalgia al lato sinistro della fronte. Questa volta però i sintomi di paralisi persistettero continui per due settimane e solo ai primi di settembre, l'ammalato potè, migliorato alquanto, alzarsi dal letto.

Nel giorno 1° ottobre ricoverò nell'Ospedale *du Midi*. L'ammalato camminando allora assai stentatamente trascinando la gamba destra, il braccio dello stesso lato era assolutamente inerte e la faccia era stirata a sinistra, la sensibilità diminuita, la memoria confusa, la parola lenta, imbarazzata.

Fu sottoposto alla cura del ioduro di potassio alla dose di 4 grammi al giorno, alla corrente elettrica ed ai bagni solforosi.

Verso la metà di dicembre fu assalito da nuova encefalopatia, da perdita di appetito e da lieve febbre, da melanconia, e da vertigini, al punto che non si fidava più allontanarsi dal letto. Aveva sempre seguitato nell'uso del ioduro che in allora veniva sospeso, e pochi giorni dopo veniva assalito da un nuovo attacco simile ai già descritti che durò senza intermittenza cinque o sei giorni e svanì a poco a poco. Verso la fine del mese il paziente si sentiva così bene che volle uscire dallo Spedale nei primi giorni dell'anno 1876.

Vi rientrava però il giorno 21 marzo in uno stato veramente compassionevole. Non poteva più rispondere alle domande che con gemiti e singhiozzi, aveva sciallorea, paralisi della gamba destra ed a stento muoveva il braccio destro, la lingua era

Digitized by Google

mossa lentamente e la bocca era semi-aperta per la perduta tonicità dei muscoli delle labbra. Paralisi dell'ano e della vescica.

Sua madre disse che si era sentito bene tutto il gennaio e parte del mese successivo, solo accusava leggera debolezza alla mano destra. Ma alla fine di febbraio il carattere dell'ammalato cominciò a modificarsi al punto che un giorno minacciò di morte la madre.

Simili accessi si ripeterono nello stesso giorno, sopravennero vomiti e affanno di respiro ed alla sera l'ammalato mentre stava pranzando cadde e incominciò ad esprimersi con grande difficoltà. Al giorno dopo la loquela era affatto abolita, ebbe indebolimento generale del sistema muscolare, non poteva deglutire che sostanze liquide, evacuava urina e feccie senza accorgesene.

Nei primi di marzo migliorò alquanto; non tornarono gli accessi di furore, potè mangiare sostanze solide, persisteva però l'afasia e le facoltà mentali erano decadute così che per un non nulla dava in pianto.

Entrato nell'Ospepale, il prof. Mauriac gli ordinò 4 e poi 6 grammi di ioduro di potassio e gli fece applicare un settone alla nuca. Dopo otto giorni circa di questa cura coadiuvata da qualche purgativo, dieta buona e riposo, le funzioni psichiche erano corrette, ma tutti gli altri disturbi rimasero allo stesso punto di prima, anzi la difficoltà alla deglutizione era aumentata.

Nell'aprile 1877, allora che l'Autore rivedeva l'ammalato, persistevano in esso molti disordini funzionali del cervello e sembravano definitivi. I muscoli delle labbra e della lingua funzionavano bene, ma l'afasia durava completa; l'occhio era intelligente, la memoria buona; la paresi più pronunciata al membro superiore.

Il prof. Mauriac, faceva diagnosi di *lesione sifilitica del lobo anteriore dell'emisfero cerebrale sinistro.* Secondo l'Autore con tutta probabilità le meningi erano affette da iperplasia sifilitica gommosa in corrispondenza delle circonvoluzioni frontali sinistre e nella scissura del Silvio. Che questa iperplasia aveva compresse, invase, congestionate ed infine rammollite le circonvoluzioni, il lobo dell'isola e la parte esterna della sostanza grigia del corpo striato. Così si spiegavano i disturbi della parola il cui

Digitized by Google

governo sembra localizzato particolarmente alla terza circonvoluzione frontale sinistra, e l'emiplegia destra per la lesione dell'isola e del corpo striato.

Ad illustrare e confermare la diagnosi riportava gli studi in proposito di altri autori, principalmente di Tarnowsky, e parecchie osservazioni di afasia sifilitica in cui era stata fatta l'autopsia; faceva poi osservare che in nessuno dei casi da questo Autore osservati si vide la intermittenza dell'afasia così chiara come nel suesposto.

In quanto alla prognosi è inutile illudersi sulla gravezza dei descritti fenomeni, se l'afasia è sola senza paralisi sarà meno grave, quindi le emiplegie sono da temersi meno che i fenomeni di eccitazione muscolare e psichica. La rendevano meno grave nel malato di Mauriac, l'armonia sintomatica costante osservata nell'encefalotopia, le fasi di intermittenza indicanti che la polpa cerebrale non era del tutto disorganizzata.

Per la cura si somministrerà il ioduro di potassio a forti dosi, e perseverando per molto tempo, che se non può guarire sempre tutti i fenomeni può nondimeno attenuarli e limitarli assai. Questo medicamento non ha alcun'azione preventiva generale. Il mercurio invece, secondo Jullien, predisporrebbe alle sifilidi nervose. L'Autore conchiude che per quanto vi siano specifici per combattere le encefalotopie sifilitiche non si devono dimenticare i preziosi soccorsi della medicazione razionale diretta alle affezioni cerebrali in genere. Questa oltre una buona igiene esige l'uso delle sottrazioni sanguigne generali o locali, dei rivulsivi temporanei o permanenti, degli evacuanti, degli antispasmodici, degli eccitanti, ecc. Si diano gli specifici, ma si curino inoltre le encefalotopie sifilitiche come le ordinarie.

Nell'illustrare la storia sovra esposta il prof. Mauriac riferiva un altro caso di afasia ed emiplegia destra intermittenti sifilitiche da lui osservato. Eccolo:

Una signora, sana, contrasse la sifilide nel 1870 e curata con preparazioni mercuriali subì varie recidive. Nel 1873 l'Autore la vide per la prima volta e notò placche mucose all'istmo delle fauci, inoltre seppe che durante la cura mercuriale aveva dimagrato molto e poi si rifaceva.

Digitized by Google

Nel settembre 1875 incominciava a provare abbagliamenti, capogiri, disturbi di vista. Questi ultimi non erano continui, ma si ripetevano frequentemente e coincidevano quasi sempre coi capogiri. Sotto l'uso dell'ioduro a 3 o 4 grammi al giorno a poco a poco i sintomi morbosi scomparvero, ma dopo aver persistito sotto forma intermittente per 4 o 5 settimane. Al 10 novembre 1875 la signora non presentava alcuna lesione da potere attribuirsi alla sifilide.

Ma scorsi tre mesi dopo alcuni giorni di sonnolenza senz'altro di male ebbe un accesso con perdita di coscienza, pianto, senso di soffocazione e paralisi della metà destra della faccia e degli arti dello stesso lato. Nello stesso giorno ebbe due altri accessi simili, con un intervallo di 20 minuti; e dopo poche ore ne ebbe un quarto più prolungato e seguito da perdita temporanea della parola. Due giorni dopo l'ammalata stentava a camminare ed a scrivere, presentava diminuita la forza muscolare negli arti di destra, principalmente al superiore, l'emiplegia facciale era appena sensibile, la parola normale, le facoltà intellettuali sane.

L'Autore prescrisse il ioduro a 6 grammi al giorno; ciò non impediva che dopo altri tre insorgessero nausee, vomiti e due accessi di afasia ed emiplegia destra senza dolori al capo che lasciarono la paralisi appena manifesta agli arti destri, la parola e l'intelligenza presentavansi integre.

Scorsi 5 giorni l'ammalata sembrava ristabilita e si diminuì allora la dose del ioduro di 2 grammi al giorno. Al successivo sopravvennero fortissimi capogiri, che si ripeterono dopo altri giorni, ma questa volta accompagnati da difficoltà della parola, e balbuzie. Un'ora dopo insorgeva altro attacco d'afasia che durava 4 ore, mentre era intatta la coscienza e la sensibilità, senza spasimi e convulsioni. Il ioduro venne di nuovo portato a 6 gr. e da allora la paziente sembrava guarita completamente.

Ma dopo 10 mesi ebbe per qualche tempo frequenti vertigini e capogiri, difficoltà a camminare, imbarazzo della parola e debolezza al braccio destro. L'afasia durò 3 giorni, e la paresi per tutto il novembre. Allora riprese il ioduro di potassio.

Circa 4 mesi dopo presentavasi altro accesso di afasia, che durava dalle 4 alle 7 pomeridiane senza perdita di coscienza, nè

Digitized by Google

paralisi; alle 8 altro accesso. Il giorno dopo era cessato. Provava ancora qualche volta sussulti muscolari e granchi, che cessarono per circa un mese per non più comparire.

Anche in questo caso l'Autore dopo aver escluso l'isterismo fece diagnosi di sifilide dei lobi cerebrali anteriori e particolarmente dell'anteriore sinistro.

De la disinfection par l'air chaud. *(Della disinfezione per mezzo dell'aria calda)*, per VALLIN, professore d'Igiene militare a Val-de-Grâce. (*Ann. d'Hygiène publique*, ecc. N. 101).

Sur la résistance des Bactéries à la chaleur par le même. *(Sulla resistenza dei batteri al calore)*; per E. VALLIN. (*Annales id.*, marzo 1878, N. 104): — (*Ann. Univ. di Medicina e Chirurgia, Milano*).

Sarebbe necessario che in ogni spedale, stabilimento pubblico, lazzaretto, ecc., esistesse un mezzo facile per disinfettare gli abiti, le biancherie, gli oggetti di letto, dei malati di affezioni contagiose. Infatti troppo di soventi certe malattie sono trasmesse per tali mezzi agli individui sani; e si osservò più d' una volta che qualche ammalato, il quale ricorse all'ospedale per curarsi di leggiera affezione e per nulla pericolosa, vi contraesse infezioni o contagi da mettere a repentaglio la sua vita.

Le fumigazioni di cloro o d' acido solforoso sono alquanto trascurate dalle amministrazioni appunto perchè rovinano i tessuti, ne alterano il colore, intaccano i metalli, e guastano in complesso quel materiale di cui l'amministrazione deve dar conto.

Ecco perchè le disinfezioni ad aria calda, ossia operate solamente col mezzo dell'elevata temperatura, dovranno prendere il posto delle attuali disinfezioni chimiche. A tale scopo tanto in Inghilterra, quanto in Germania, si costruirono camere apposite presso gli spedali per la disinfezione ad aria calda degli abiti, coperte e fornimenti da letto degl'infermi di malattie contagiose, o come tali sospette, dalle più leggiere come la scabbia, alle più gravi, come il tifo petecchiale.

La camera o forno per le disinfezioni può essere riscaldato da un focolaio situato sotto al medesimo.

Digitized by Google

L'apparecchio fatto costruire da Ramson nel 1871, nello spedale di Nottingham, consiste in un grande armadio di ferro, le cui pareti sono foderate di legno per impedire la dispersione del calorico; l'alta temperatura vi è prodotta e mantenuta per mezzo della combustione di un certo numero di fiamme di gas. L'aria circola nell'apparecchio, perchè un'apertura nella parte superiore della camera permette l'uscita dell'aria. Sarà utile rivestire di legno anche le pareti interne della camera calda, oppure costruirle di pietra che potrà essere anche verniciata. Un miglioramento da introdurre in tale apparecchio sarà quello di aspirare l'aria impura della camera-forno d'alto in basso, per mezzo di tubi che facciano capo al focolaio riscaldante, e quindi tale focolaio servirà anche come agente ventilatore, e l'aria estratta così dalla camera calda sarà inoltre disinfettata passando attraverso alle fiamme del gas.

Un altro sistema di forni disinfettanti ad aria calda è quello che fu costruito dal dott. Esse per l'ospedale di Berlino. Sono due cilindri di ferro, posti l'uno dentro l'altro, per modo che fra la parete del cilindro minore e quella del maggiore siavi la distanza di alcuni centimetri, e questo è lo spazio nel quale circola il vapor acqueo. Congegni e valvole adatte servono a mantenere il vapor acqueo in tale spazio alla pressione di due atmosfere, ossia alla temperatura di 120 centigradi, ed in tale modo l'aria interna del cilindro mediano si alza in meno di un'ora a 112 centigradi circa. In questo modo si ha il vantaggio di poter graduare meglio la temperatura, mediante la valvola che aumenta o diminuisce la pressione, ma l'aria dell'interno, l'aria calda che si trova a contatto cogli abiti e biancherie, non è punto rinnovata.

Ma quale è il grado di temperatura al quale si dovrà elevare l'ambiente che circonda e tocca l'oggetto da disinfettarsi? In generale gli autori son concordi nell'asserire che tale temperatura non debba essere inferiore a 105 centigradi, nè superiore a 125.

W. Henry trovò che la linfa vaccinica perde ogni sua virtù quando la si mantenga per un'ora alla temperatura di 60 centigradi; e sembra che 4 ore di temperatura a +95° C. distruggano l'attività dei principii scarlattinosi. Harries e Shaw assicurano che la temperatura di 100 gradi annienta il contagio della febbre

Digitized by Google

subiscono gravi alterazioni nella loro struttura, e le fibre perdono gialla e quello della peste. Si ammette pure che lo stesso grado di calore neutralizzi le provenienze coleriche e tifose.

Gli sperimenti di Davaine e quelli di Kock (*Revue des cours scientifiques*, 1877), dimostrano che il virus del carbonchio ed i bacteri che in essi si sviluppano (*Bacillus anthracis*) restano distrutti dalla temperatura di +55°. Il virus delle sostanze septicemiche sembra il più tenace di tutti, perchè non è distrutto da una temperatura anche superiore ai 100 gradi. Sembra anzi dagli esperimenti di M. Davaine (*Gazette hebdomadaire*, 1878) da quelli di Panum, di Bert, ecc., che il calore elevato non distrugge che i germi animati, lasciando intatti i virus amorfi. Anche le *spore* hanno una considerevole resistenza agli agenti fisici e chimici. Tuttavia Pasteur considera la morte di questi elementi come quasi inevitabile a 110 gradi.

La temperatura da raggiungersi per uccidere i germi morbosi negli abiti e biancherie sarà adunque almeno di +105° o +110C.

Ma sarà utile conoscere anche il limite massimo di temperatura, cui si potrà giungere senza danno degli oggetti medesimi, che si vogliono disinfettare.

Secondo le sperienze di Ransom la lana, il cotone, la tela di lino, la seta, la carta, possono essere scaldate alla temperatura di + 121° per tre ore di seguito senza apparente alterazione; invece una temperatura di + 146° altera manifestamente il colore ed anche la struttura de' tessuti più delicati, e specialmente quello della lana bianca. Anzi De Chaumont (*The Lancet*, 1875) dice che gli oggetti di lana già cominciano ad alterarsi ad una temperatura di + 100° mantenuta per oltre 6 ore o dopo due ore d'una esposizione a + 105°.

M. Vallin, che ha ripetuti questi esperimenti trovò che la lana non subisce alterazioni di colore, nè di struttura sensibili da una esposizione per 3 ore a temperatura di + 110°; ma che tali alterazioni si fanno manifeste, quando la temperatura si elevi a 115° ed oltre. Quanto ai tessuti di cotone e di lino le più leggiere alterazioni non divengono sensibili che dopo l'esposizione per due ore a + 125° C. Quando la temperatura raggiunge i 150 gradi anche i tessuti di lino e di cotone

Digitized by Google

della loro resistenza. Gli sperimenti del dott. Vallin e quelli del dott. Lake alla infermeria di Southampton dimostrano pure che la lana dei materassi ed i crini possono sopportare senza danno una temperatura di + 105° a + 120°.

Il dott. Vallin conclude adunque, che la temperatura da darsi all' aria calda perchè riesca disinfettante, e nello stesso tempo non alteri i tessuti, debba stare fra i limiti di + 100° a + 110° e gli oggetti vi debbano essere mantenuti per un tempo variabile da 2 a 6 ore.,

Il dott. Vallin inoltre raccomanda di mescolare una certa quantità di vapor acqueo all' aria calda, sia perchè il vapor acqueo è miglior conduttore del calorico che l'aria secca, sia perchè l'aria calda ed umida altera meno i tessuti, non producendo in essi quella fragilità, che loro proviene da una eccessiva secchezza.

Ma dopo questi studi sperimentali altre più recenti indagini furono intraprese dal valente Tyndall (*Philosophical Transactions of the Royal Society*, 1877). Risultò da questi che l'uccisione dei germi si fa più completa e più sicura sottoponendo le sostanze fermentescibili *ripetutamente* ad un' alta temperatura. Il ripetere l'elevazione di temperatura ha maggior influenza, che la elevatezza del grado termico, e che la durata del tempo in cui i germi stessi vengono sottoposti all' alta temperatura.

Il prof. Vallin ne deduce i seguenti consigli per la pratica:

1° La biancheria d' ogni specie proveniente dai malati in cura per affezioni trasmissibili o sospette (febbri eruttive, difterite, febbre tifoide, infezione purulenta, ecc.), sarà direttamente portata dalla sala alla stufa; e solamente dopo questa disinfezione preliminare sarà consegnata alle lavandaie. Si risparmierà per tal modo a queste il manifesto pericolo d'infezione, di cui si ebbero prove ripetute in un grande numero di epidemie.

2° I letti, le coperte, le vestimenta, ecc., appartenenti ai malati stessi, saranno disinfettati alla stufa il giorno medesimo in cui il malato esce o muore.

Tali oggetti resteranno ivi esposti per un'ora alla temperatura di + 105° prima di essere sottoposti alle altre operazioni di pulizia ed alle necessarie riparazioni. Quest'operazione di disinfe-

Digitized by Google

zione all'aria calda sarà ripetuta per tutta la biancheria, abiti e fornimenti da letto, prima di esportare tali oggetti dai magazzini e rimetterli in uso presso nuovi malati. Per tal modo si assicura la disinfezione e la secchezza perfetta delle stoffe, dei letti e della biancheria.

Sarà un vero benefizio se questa misura sarà adottata non solamente per le sale delle malattie contagiose, ma per tutti i malati, in particolar modo per quelli di chirurgia e per gli istituti di maternità. Si potrà così sperare di risolvere con questo mezzo il problema fondamentale dell'igiene nosocomiale.

Clinique climatologique des maladies chroniques; par le doct. L. Thaon, Paris 1877 (id.).

L'Autore intraprendendo la pubblicazione di quest' opera (1), che prende di mira la cura delle malattie croniche mediante i grandi modificatori del sangue e delle costituzioni — vuol rendere accessibili a tutti i risultati della sua vasta pratica nella stazione di Nizza. Il 1° fascicolo tratta della *Tisi polmonare*, argomento sulla cui importanza non occorre spender parole.

L'Autore con ottima intenzione, prepone allo studio della cura climatica il modo con cui egli comprende la natura della tisi.

E subito, appoggiandosi ai risultati degli ultimi studi della scuola francese, ripete con orgoglio la frase di Laennec — il tubercolo è la lesione essenziale della tisi polmonare. — E quindi con Charcot rinnega assolutamente la *Tisi pneumonica* dei tedeschi: la sola differenza tra le masse caseose e la granulazione grigia consiste nel volume, non v'ha altra tisi polmonare che quella prodotta dall'invasione dei tubercoli; al più si distinguerà la forma *granulosa* dall' *infiltrata*. Meno esclusivista però di Charcot, Thaon ammette la caseificazione degli essudati infiammatorii nei tisici; benchè dal quadro clinico passando all' esame anatomico non si trovi alcunchè di assoluto sufficiente a far di-

(1) I punti essenziali di questo lavoro, per ciò che spetta la natura della tubercolosi e la questione dell'unità o del dualismo della tisi, si trovano discussi e contradetti in un mio lavoro, noto ai lettori, che porta per titolo: *Contribuzione allo studio del carcinoma e della pneumonite caseosa* (V. questo stesso Giornale, 4° trimestre 1877).

Colomiatti.

Digitized by Google

stinguere le masse caseose dai prodotti tubercolari. — Quanto alla natura del tubercolo è inutile riandare i motivi, abbastanza comuni, per cui l'Autore rifiuta l'idea di tumore per accettare quella d'infiammazione, speciale se non specifica.

Conseguenza di questo concetto anatomico è l'abolizione del quadro clinico della tisi pneumonica; non esiste differenza di sorta tra questa e la tisi tubercolare nè per il riguardo all'esordire, nè per riguardo ai fenomeni generali e locali: le diversità apparenti non tengono che alla diversa malignità ed estensione del processo. Anche nei casi classici di tisi pneumonica, quella in cui la malattia cominciò con tutte le apparenze di una polmonite franca, l'Autore sostiene che si tratta pure di infiltrazioni tubercolari fin dal principio. E in prova cita un caso da lui presentato alla Società di Biologia, in cui, malgrado l'esordio tumultuoso della malattia a guisa di pneumonite, tutto un lobo era infiltrato da una materia grigio-rosea, liscia al taglio, friabile, istologicamente costituita come la granulazione tipica di Virchow. — Il diverso modo di procedere della temperatura e dei segni locali nelle due forme dipende dalla diversa gravità loro: una granulazione è ben certo che va più tacita di un' infiltrazione estesa. D'altronde anche i fautori della tisi pneumonica devono riconoscere che nel decorso le due forme si avvicinano e confondono, presentando gli stessi fenomeni, le stesse complicazioni.

In mezzo all'infinita varietà dei sintomi offerti dai singoli pazienti, l'Autore trova utile la seguente classificazione clinica basata sul concetto flemmasico della malattia (1):

Tisi polmonare acuta a febbre continua { granulosa semplice; » generalizzata; infiltrata

Tisi polmonare sub-acuta: con brevi interruzioni della febbre.

Tisi polmonare cronica { con episodio acuto; con complicazione; semplice

Passa poi a toccare la questione eziologica, e, come da tutti si ammette, Thaon conferma che nessuna delle cause accidentali

(1) Vedi, per contro, il lavoro che ho riassunto col Dott. De-Casa, sotto il titolo: *La tisi polmonare* (*Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 1876).

COLOMIATTI.

Digitized by Google

nvocate a spiegare la formazione della tisi è sufficiente se prima non si è costituita una modificazione speciale dell'organismo: nè traumatismi, nè affezioni reumatiche delle vie respiratorie, nè privazioni d'ogni genere bastano a produrre la tisi, se una speciale debolezza organica ereditata o acquisita non permette l'infiammazione tubercolare. Priva d'ogni fondamento serio è la teoria dell'inoculazione e contagio del tubercolo: se la coabitazione con un tisico bastasse a provocare la malattia, la razza umana non tarderebbe a spegnersi. La stessa patologia sperimentale ha dato torto a Villemin. Non meno infondata è la teoria tedesca dell'*auto-infezione:* un focolaio caseoso qualunque, anche d'esistenza ignota, può essere il punto di partenza d'un'infezione generale? No, rara è l'esistenza di simili focolai; ma se anche esistessero non si può logicamente affermare che siano la causa di un tanto effetto: si ricordi che essi rappresentano appena la prima manifestazione di una malattia che riapparendo ad intervalli assumerà poi la forma di granuli. — Ora, anche la comunanza dei momenti eziologici sta a favore della teoria unitaria della tisi.

Appoggiandosi specialmente all' anatomia patologica ed alle ricerche istologiche, l'Autore trova di poter sostenere l'unità della scrofola e della tubercolosi.

Nel quadro sintomatico, l'Autore si occupa specialmente della *temperatura.* A ragione fa osservare che l'ascoltazione e la percussione ci dànno notizie importanti, ma la temperatura ne dà di ancora più importanti: importanti, perchè esprimono lo stato delle condizioni generali. Egli, trasformando gli ammalati stessi in attenti osservatori, potè raccogliere numerose curve termometriche, estese a parecchi anni; con un colpo d'occhio si rilevano da esse i punti di sosta e di ripresa del male, l'influenza della cura, le peripezie diverse di così lunghi periodi. Ecco le conclusioni: La *tisi acuta* non dà una curva speciale: se la forma è grave, la febbre è molto elevata e continua, la malattia dura pochi giorni, con sintomi di soffocazione e tifoidei. Se la tisi acuta si prolunga per alcune settimane, la febbre si fa remittente, ma l'abbassamento della temperatura accade in ore variabili, per lo che si distingue dalla tifoide, la cui curva è più regolare e a

Digitized by Google

remittenza mattutina. — Nell'*infiltrazione tubercolare*, se estesa o rapida, la febbre può esser continua; se no la febbre ha andamento irregolare, come di una febbre catarrale. Qualunque poi sia l'indizio d'una tisi acuta, se si prolunga, la febbre dopo qualche tempo si modifica, diventa consuntiva, serotina, i suoi caratteri si confondono con quelli della *febbre etica* della tisi cronica.

Quali sono i *caratteri della febbre etica?*

a) *Curva termometrica.* — L'accesso di febbre quotidiana resta ben di rado al dissotto dei 39°, e può passare i 40°; se è breve insorge nelle ore pomeridiane per terminare sulla sera; qualche volta tardando fin nella notte può sfuggire all'attenzione del malato, nonchè del medico; se è prolungato, incomincia già al mattino, ma non raggiunge che tardi il *maximum*, mentre negli accessi brevi il *maximum* di temperatura è presto raggiunto. Non è poi vero che al mattino sia caratteristico un abbassamento della temperatura al dissotto della norma; perchè ciò si verifica anche in altre forme febbrili. b) *Il brivido* non è niente affatto costante. c) *I sudori* costituiscono pure un accessorio che può mancare od esser parziale, mentre in alcuni si costituisce come sintomo grave per la sua abbondanza. Si nota che il sudore riconduce la calma e il benessere nel paziente. d) In relazione alla febbre, ai sudori le *orine* possono diventare assai scarse; mancando i sudori si può avere quasi una poliuria. e) *Il polso* è sempre frequente e molle anche negli intervalli d'apiressia una volta stabilitasi la consunzione; durante l'accesso febbrile va facilmente a 140°, e siccome è dicroto, le pulsazioni sembrano legate l'una all'altra. f) Altri fenomeni che accompagnano la febbre etica sono la dispnea, la tosse *secca vespertina*, il vomito, ecc. Eppure tutto questo quadro può ordirsi come subdolamente da sfuggire anche alle ricerche del medico.

La febbre è dovuta alle lesioni polmonari, rappresenta la reazione dell'organismo sotto l'influenza dei prodotti piretogeni svolti dal processo acuto; cessa col cessare dei fenomeni acuti. Anche negli ammalati più gravi, che presentano enormi escavazioni, essa manca se alla periferia delle caverne la zona tubercolare è stazionaria. Se la febbre esiste quasi sempre sullo spegnersi della vita d'un tubercoloso, non è già perchè l'organismo

Digitized by Google

spossato tradisca le sue sofferenze con una febbre speciale, ma perchè in quel punto si avvera un'altra eruzione di tubercoli, eruzione fatale che abolisce l'ultimo residuo del campo respiratorio. Thaon non ammette la teoria *vitale* della febbre, essa riposa sovra un errore d'osservazione: a questo proposito egli si esprime nettamente: — la febbre esiste appena si formano i tubercoli; cessa appena finita l'eruzione; riappare se avviene un'altra eruzione; è interrotta se l'eruzione continua dal principio fino alla morte; è viva, quasi continua se la tubercolosi è rapidamente invadente; è quotidiana, di breve durata se procede lentamente; e riferendoci sempre al termometro, non alle relazioni subiettive, si devono escludere anche le differenze individuali, per concludere formalmente che la febbre è in rapporto assoluto colla violenza dell'eruzione tubercolare. Il solo fatto individuale ammissibile è la rapidità con cui si forma in alcuni il deposito tubercolare. Quindi escludiamo senz'altro la possibilità di *tisi latenti*, di *tisi apirettiche* (Hérard e Cornil) fondate su osservazioni inesatte. La teoria setticoemica della febbre etica non ha ragione d'essere: infatti formata una volta la caverna, avvenuta l'infiltrazione tubercolare la febbre cessa, allora appunto che si sarebbero stabilite le condizioni più opportune per l'assorbimento di materiali infettivi.

Se la febbre è tanta parte del processo morboso, niuno v'ha che non ne riconosca la somma *importanza diagnostica:* senza più, basti dire che i segni fisici della tubercolosi non sono esclusivi della medesima: un *cancro* all'apice del polmone darà tutti i segni della granulia, fin l'emoftoe — ma non darà la febbre. Perchè dunque la si neglige così ingiustamente? Però non possiamo pretendere da essa che ci illumini sull'esattezza della diagnosi all'iniziarsi della malattia; perchè anche la febbre suppurativa ha i medesimi caratteri, e qualche volta fu vista venire simulata dalla tifoide, nel periodo suo ultimo così detto delle *oscillazioni discendenti*, e dall'infezione palustre. Dove la febbre serve egregiamente si è quando trattasi di distinguere la tisi vera da certi stati isterici che hanno tutte le apparenze della tisi: v'hanno tosse, vomiti, sputi di sangue, cachessia, calore secco della pelle seguito da sudori — ma non c'è la febbre vera che si tradisce al termometro.

Digitized by Google

Così la mancanza di febbre vera non ci farà distinguere dalla tisi quegli stati in cui una tosse frequente, accessionale analoga a quella dei tisici fa temere per il paziente; non si tratterà allora che di tracheo-bronchiti di natura artritica o reumatica. — L'insorgere della febbre in un tuberculoso ci farà sempre temere una estensione attiva della malattia; ma bisognerà bene studiarne i caratteri per distinguere se non dipendesse piuttosto da qualche malattia intercorrente.

La febbre deve pur avere un'importanza pronostica: essa non ci dice solamente se la malattia è in evoluzione o stazionaria; ma ci insegna se le lesioni sono più o meno estese. Man mano che la febbre passa dal tipo continuo al sub-continuo, all'intermittente crescono le speranze, e finalmente giunge il punto in cui la febbre cessa, e l'episodio acuto è finito.

Importante è pure il capitolo che tratta dei *tisici isterici*. Quando la tisi si dichiara, cessano le manifestazioni rumorose dell'isterismo — ma non v'ha sintomo della tisi che non sia esagerato o simulato dall'isterismo. La diagnosi differenziale è assai delicata e si basa specialmente sulla sproporzione dei sintomi rispetto alle lesioni locali. Dolori toracici esagerati per cui fin l'esame del petto è impossibile; tosse insistente secca: emoftoe singolare; frequente, abbondante, come se tenesse un tipo, talora quasi volontaria; inappetenza particolare esagerata, capricci per certi cibi strani ed insufficienti; talvolta vomito e diarrea senza ragione di sorta; afonìa completa che si riconosce dovuta a paralisi dei muscoli che avvicinano le corde vocali, e non ad affezioni flogistiche ulcerative del laringe; non manca nemmeno il quadro apparente della febbre, meno l'elevazione della temperatura. — È curioso poi che con tutta la gravezza dei sintomi (apparenti) la malattia tira molto in lungo: si direbbe che l'isterismo giuochi una parte antagonistica rispetto alla tisi. Però non dobbiamo lasciarci illudere; e solo c'interesserà la diagnosi differenziale per fare un' esatta prognosi, e una cura più opportuna.

Cura della tubercolosi — Dopo tutto quanto esponemmo, si comprende che non v'ha una cura specifica per sì terribile malattia; procuri il medico di sottrarre i pazienti alle condizioni causali, perchè una volta dichiarata la malattia, non vi hanno

Digitized by Google

specifici. — L'Autore lasciando in disparte la terapeutica delle diverse indicazioni fornite dal decorso, dagli accidenti della malattia, si occupa in modo particolare dei grandi agenti naturali.

Così prima di accedere al proprio argomento, passa in rivista le cure pneumatica e idroterapica. Nota come colla prima aumentino sì la forza respiratoria che la capacità polmonare: avverte per altro che la stessa non è applicabile a tutti i malati; sarebbe anzi pericolosa nella tisi acuta e nei periodi acuti della tisi cronica, e nelle persone troppo disposte all'emoftoe; sarebbe inutile nei casi di molta estensione della malattia o di complicazioni. Invece è indicata nelle infiltrazioni atoniche, nei casi di broncorrea, di complicanze enfisematose od asmatiche, di essudati pleurici d'antica data — e i risultati sono sempre per lo meno *palliativi*, e qualche volta anche *curativi*. — Anche l'idroterapia è un potente soccorso: ma va applicata con giudizio, non con entusiasmo; e si richiede che l'individuo non sia troppo esaurito, cachettico, altrimenti, anzi che rialzarle si abbattono le forze del tutto. La febbre vespertina non è una controindicazione: anzi è moderata dall'idroterapia, come scompaiono per essa i sudori, la spossatezza, la tosse, l'inappetenza.

Al contrario la diarrea, le complicazioni laringee, gli essudati pleurici recenti, una febbre viva che dura quasi tutta la giornata vengono esasperate da questa cura. Senza contare delle controindicazioni individuali, per esempio, nell'emoftoe, nella disposizione ai reumatismi. Un mezzo assai potente per attivare la respirazione, per agire su certi ingorghi torpidi è l'involgimento parziale del petto con delle compresse bagnate nell'acqua fredda (semplice e medicata con principii eccitanti e risolutivi — sal marino); si copre poi con flanella per mantenere l'umidità durante una notte intera. — L'idroterapia, eccitando la circolazione periferica, libera gli organi centrali dal sangue stagnante; di più tonifica il sistema nervoso, onde risveglia ed attiva tutte le funzioni.

Notevole poi è l'influenza benefica della morfina sul tisico. L'Autore espone alcuni casi in cui ottenne da essa effetti maravigliosi; i tisici la tollerano anche a dosi esagerate; racconta d'un americano il quale era giunto a consumare 80 centigr. di morfina

Digitized by Google

al giorno per iniezione ipodermica; e con questa cura eransi riavute le forze, arrestato lo smagrimento, aumentato di libbre 20 il peso del corpo, malgrado l'estensione e la gravezza delle lesioni locali. Le iniezioni ipodermiche eccitano tutte le funzioni; il polso fiacco, dicroto torna normale, le pupille allargate si restringono, la respirazione affannosa si fa calma, la stasi passiva alle estremità scompare, il periodo febbrile si abbrevia. Questi miglioramenti si avverano quando la tisi è avanzata, se il paziente non è troppo disposto alle congestioni; e sono così costanti che Thaon osa formulare questa proposizione — esauriti in un tisico tutti i mezzi terapeutici; possiamo sperare ancora molto dalla morfina. — E non si deve temere di aumentare gradatamente la dose; fosse anche a 15-20 e più centig., appena il malato si abitui e non risenta più i benefici effetti. La spiegazione di questa influenza della morfina vien dall'Autore ricercata nell'azione fisiologica sua, di congestionare il cervello; appunto avviene nei tisici per l'autofagia non pure una enorme diminuzione dei globuli rossi ma anche dalla massa sanguigna; per cui manca finalmente al cervello lo stimolo vivificatore, e tutte le funzioni languiscono. La morfina, mandando verso il cervello buona parte del sangue residuo, lo rianima, e di conserva si rianima tutto l'organismo. Che così sia, sembra provato dal fatto che altrettanto avviene negli individui esangui per emorragia.

Veniamo finalmente allo studio della *cura climatica*. L'Autore dice anzitutto che avendosi in genere delle idee false sulla tisi, v'hanno molte esitazioni anche sul significato di questa cura: chi vuole consista solamente nel procurare al paziente un' atmosfera calda ed uguale, chi vuole debbansi distinguere le forme delle tisi in *torbida* ed *eretistica* per consigliar alla prima i climi secchi eccitanti, i caldi ed umidi alla seconda; chi poi pretende d'ottenere la guarigione mediante un clima secco, il quale prosciughi la secrezione bronchiale, ecc. Non si tratta invece di deprimere un' infiammazione o di combattere un semplice deterioramento organico; bisogna sottrarre il tisico all'ambiente malsano delle città, rinforzarlo con un'aria tonica e pura, e infine risparmiargli tutte le cause reumatiche senza chiuderlo in una serra calda.

Digitized by Google

Ora tutti i climi proposti soddisfano a queste condizioni? Per rispondere a questa domanda l'Autore considera i diversi elementi della cura climatica:

1°. L'Aria: questa deve essere ad una temperatura dolce e abbastanza costante a una pressione poco variabile, deve potersi facilmente rinnovare senza venir agitata da correnti troppo forti, deve esser poco umida, molto pura. Per lo che non sono niente affatto adatti i climi snervanti dei tropici, le stazioni delle Antille di Madera; la statistica dei pazienti curati a Londra dà migliori risultati di quella dei curati a Madera. La tonicità dell'aria è maggiore quanto più è fredda; ma bisogna tener conto dell'azione sua irritante sui bronchi, delle congestioni viscerali per azione riflessa dai vasi periferici. Occorre una temperatura media, non troppo uniforme, oscillante da 9 a 15, perchè i malati subendo l'azione tonica possano anche muoversi a cielo scoperto. — La pressione atmosferica dovrebbe essere poco variabile per evitare ai malati non già le emoftoe (che non stanno in relazione alcuna col barometro come alcuni pretendono), ma quei disturbi vaghi, nervosi che disturbano le funzioni di circolazione e digestione. Se però i cangiamenti bruschi di pressione sono a temersi, altrettanto non si può dire delle diverse pressioni barometriche a cui si assoggettano i tisici stando in una stazione più o meno elevata sul livello del mare; imperocchè allora l'abitudine si fa presto, l'equilibrio non tarda a stabilirsi tra la tensione vascolare e la pressione atmosferica. Le stazioni elevate sono anzi eccellenti nella state, a meno che i pazienti siano cardiaci, emoftoici, eccessivamente nervosi. — Quanto allo stato igrometrico, l'Autore dice che non sa come si possa trovare in un tisico l'indicazione d'un clima umido; è *sempre* preferibile un clima secco; appena sarà da scieglierlo adatto per l'individuo; l'eretismo di un tisico dipende dalle condizioni generali di oligoemia, di poco tono nervoso; perchè dunque suggerirgli un'aria ancora più snervante? L'aria secca favorisce la traspirazione, quindi fa che la cute aiuti la funzione respiratoria già sofferente; di più essa stimola le funzioni digestive depresse, influisce beneficamente sui reumatismi, le nevralgie, la espettorazione bronchiale. — Giovevole è pure l'esistenza nelle stazioni di leggieri brezze che servono a rinnovare l'aria, a for-

Digitized by Google

nire interpolatamente nuovi elementi eccitanti; nocivi sarebbero al contrario i venti che urtano i bronchi e trascinano il polviscolo atmotferico. — Ricordiamoci insomma che il tisico è destinato a morire poco a poco per insufficienza respiratoria, e dirigiamo tutti i nostri sforzi a rialzare questa funzione, procurandole abbondante ossigeno in ambiente libero.

2° Il Sole: è il miglio privilegio di una stazione invernale, e contribuisce a renderla superiore ad ogni altra e nel medesimo tempo sia protetta dai venti nel nord. Favorite sono perciò le stazioni lungo il littorale della Provenza e della Liguria, mentre quelle della Svizzera vogliono d'inverno essere trasformate in loggie di vetro per ricevere i raggi benefici del sole senza le sferzate dell'aria cruda. Sarebbe utilissimo che i malati restassero avvolti dal sole dal mattino alla sera; ma l'azione sua troppo eccitante sul sistema nervoso, e sulle mucose troppo esposte richiedono certi riguardi nei soggetti molto delicati. Bisogna ricordare specialmente, per evitarne i cattivi effetti, la differenza di temperatura che passa dal sole all'ombra, specialmente in sul tramonto; è cosa singolare che le persone sensibili si sentono meno bene in sul tramonto, si manifestano i brividi, le complicazioni si acuiscono. L'effetto benefico del sole non richiede parole per essere dimostrato; la febbre vespertina medesima si è visto modificarsi dopo alcune splendide giornate; e tutti nella propria esperienza sanno quale letizia e benessere infonda l'astro maggiore. Il sole agisce per mezzo del calore, della luce di certe proprietà chimiche; essenziale è l'influenza della luce, primo agente della chimica vivente; essa fa rosso il sangue, a quel modo che ridona il pristino colore alle piante diventate clorotiche nell'oscurità: e quando nel sangue aumenta l'emoglobina, vuol dire che la funzione respiratoria si farà più attiva e completa, che la salute generale migliorerà.

Passando alla conclusione, l'Autore crede di poter dire — la bontà di una stazione invernale esser relativa alla bontà del suo sole; con che egli viene a patrocinare le stazioni della Provenza e della Liguria. Anzi, esercitando egli in Nizza, dedica il resto del suo lavoro a dimostrare i benefici effetti di questa stazione mediante esatte statistiche, e i vantaggi di cui essa gode

Digitized by Google

mediante documenti meteorologici. Risulterebbe che Nizza ha una temperatura media di 9° gradi con poche oscillazioni notturne e diurne; il sole l'illumina uniformemente dalle 7 del mattino alle 5 di sera anche nelle giornate più brevi; l'aria è asciutta; la pressione barometrica costante (media 761.7); la quantità di ozono abbondante (media 6.5); è però spesso visitata da venti forti, contro i quali una triplice cintura di monti non sempre la difendono; la vegetazione è ricca, ma l'aere è spesso polveroso. Siccome v'è il mare, la pianura, la collina, l'azione tonica e stimolante dell'aria varia in ogni punto; quindi è un altro problema lo scegliere il luogo più opportuno per un certo paziente. Se dunque tal clima non ha nulla di specifico, permette di fornire abbondantemente ai malati l'alimento indispensabile, ossia l'aria pura; mentre nel medesimo tempo possiamo impiegare tutti i mezzi igienici, l'arsenico, l'olio di fegato di merluzzo, ecc. A conferma dei buoni effetti del clima valga la seguente tabella compilata su 154 casi curati da Thaon.

TISI	MORTI	AGGRAVATI	STAZIONARI	MIGLIORATI	GUARITI	TOTALE
Acuta	14	6	»	6	»	26
Subacuta	3	5	1	10	1	20
Cronica con episodio acuto .	8	5	2	11	4	30
Cronica con complicazioni .	6	1	12	13	10	42
Cronica semplice	2	»	4	7	21	34
Acquisita a Nizza	2	»	»	»	»	2
	35	17	19	47	36	154

Da questa tavola appare che ogni forma di tisi è capace di modificazione; perfino l'acuta, che da alcuni si ritiene uccida fatalmente in breve tempo, può cangiar andamento dopo aver

Digitized by Google

recato gravi alterazioni polmonari. La fisonomia generale cambia più facilmente in meglio, mentre la febbre da continua si fa intermittente; ma le alterazioni locali si emendano solo lentamente.

La tisi subacuta dà risultati più soddisfacenti: quanto meno è maligna la malattia, tanto maggiore è l'influenza del clima; cosicchè nella forma cronica semplice dà il più bel contingente di guarigioni, 21 su 34, anche nelle condizioni locali più disperate; dei 34 casi accennati 15 erano in primo stadio, 13 nel secondo, 6 nel terzo; caverne considerevoli possono guarire se le lesioni si localizzano e lo stato generale è buono. Sono abbastanza frequenti i casi in cui, essendosi arrestato il processo, trovansi tutti i segni di vasta caverna in soggetti di ottimo aspetto. Se restano dei residui, anemia, dispepsia, dispnea, enfisema, il soggiorno in un'aria pura e vivificante basta a dissipare anche quei disturbi. — Quando invece la tisi cronica va soggetta a fosforescenze acute, a complicazioni i risultati sono un po' meno favorevoli; ma non bisogna mai disperare nemmeno della febbre vespertina prolungata quando il paziente conserva buone le funzioni digerenti, per mezzo delle quali può riparare alle perdite, occorre fornirgli colla massima liberalità aria pura e fresca; se può tollerarla, è ottima la vita fuori di casa; ove fosse stremato di forze, può stare disteso in un'amaca — o per lo meno ricevere l'elemento vivificatore dalle finestre tenute aperte per una buona parte della giornata. — Naturalmente la cura è lunga, non bisogna far calcoli preventivi sul tempo da consumarsi in una stazione; in media gli ammalati passano, per migliorare condizioni, due o tre inverni a Nizza: ma non sempre basta. Non è duopo dire che la cura climatica vien accompagnata dall'uso di vari medicamenti, i quali, per influenza del clima, sono facilmente tollerati; così i balsamici, il ferro, l'arsenico, l'olio di fegato di merluzzo; più gli esercizi respiratori, l'idroterapia, ecc.

L'Autore si occupa anche delle complicazioni della tisi cronica: emoftoe, lesioni laringee, diarrea: e con molto discernimento ne parla da patologo, per concludere che il clima di Nizza è pur favorevole alla guarigione delle medesime. — Finalmente tocca anche l'argomento della profilassi climatica; è naturale

Digitized by Google

che, stante la natura delle cause generali determinanti la tisi, il godimento di un buon clima con tutte quelle regole igieniche e dietetiche suggerite da un buon pratico deve rafforzare le costituzioni degli individui che si direbbero predisposti alla tisi; ma non v'ha in quest'azione nulla di specifico.

Ein Fall von Hirnabscess (*Un caso di ascesso cerebrale*), del dott. Gelpke (*Arch. d. Heilk.*, 1876, V, pag. 418: id).

È questo un caso importante che viene in appoggio alle teorie sulla localizzazione delle funzioni psichiche negli emisferi cerebrali. Trattasi di un giovane sano di 26 anni, il quale l'11 novembre 1875 venne colpito da un calcio di cavallo nel lato destro della testa; restò qualche tempo tramortito, ma non presentò emorragie di sorta, nè vomito, nè cefalalgia, nè disturbi generali. La leggiera ferita riportata non impediva al paziente di attendere alle proprie occupazioni. Quando senz'altro il 15 novembre insorge una debolezza della mano sinistra; il giorno seguente anche dell'avambraccio, poi del braccio; debolezza che poco a poco si trasforma in vera paralisi. Allora, 19 novembre, il paziente entrò all'ospedale, quando già manifestavasi una certa difficoltà nel parlare. Mancava ogni altro fenomeno; non convulsioni, non disturbi di senso, non disturbi di moto in altre provincie muscolari. Visitato in detto giorno (otto giorni dopo il calcio ricevuto): buona nutrizione generale; una ferita contusa al lato destro del capo, sulla direzione del margine posteriore del padiglione dell'orecchio a 5 centimetri al di sopra del meato uditorio esterno, in cui penetrando col catetere si va a ridosso dell'ossatura infossata e scoperta; e ne geme qualche goccia di pus senz'odore. L'attento esame del volto fa rilevare leggerissima ptosi sinistra e strabismo interno insignificante del bulbo sinistro; il solco nasolabiale sinistro è scomparso, e non risalta nemmeno nell'atto del ridere; nell'atto del fischio però i muscoli orali si contraggono egualmente d'ambo i lati; nè lingua, nè ugola sono deviate. Il linguaggio è alterato; la memoria serbasi intatta, ma le sillabe vengono espresse in modo inintelligibile. L'arto su-

Digitized by Google

periore sinistro è perfettamente morto, segue le leggi della gravità se non è sorretto; qualche movimento può essergli imposto solo dai muscoli della spalla; i movimenti passivi sono facili e non dolorosi. La sensibilità è facile dalla spalla sino a metà dell'avambraccio; più in giù e alla mano è un po' diminuita. Il paziente ad occhi chiusi è incapace di trovare colla mano sana l'arto malato, posto in determinate situazioni; nè sa imitare coll'arto sano i movimenti che vengono impressi a quello offeso. Però tutto l'arto non offre alcuna differenza apparente dall'arto sano. L'eccitabilità faradica indiretta è eguale si alla faccia che agli arti superiori d'ambo i lati. — Nulla al torace, all'addome, alle estremità inferiori. Nelle orine non zucchero, non albumina. Polso pieno 72; temp. 38°, alla sera 38°,4.

Nei tre giorni seguenti questi fenomeni si aggravarono. Il 23 novembre oltre ad una sonnolenza rimarchevole, ed una certa lentezza del pensiero, si aggiunge una paresi di moto e di senso (compreso il muscolare) dell'arto inferiore sinistro. Il 25, sembra migliorato lo stato intellettuale, il fisico è come sopra emiplegico; anche la porzione inferiore del facciale non funziona più; mentre i muscoli dell'occhio e del tronco sono illesi. Il lato destro del corpo si può dire iperestesico, mentre il sinistro è quasi insensibile. — La ferita suppura sempre; in essa si può col catetere penetrare profondamente 5 1|2 centimetri oltre il livello dell'ossatura prima di incontrare una resistenza; questa specie di cavità trovasi a 5 1|2 centim. sopra il meato uditorio esterno in linea verticale. — La mattina dello stesso giorno (26 novembre) si passa alla scopertura dell'osso infossato; con un elevatore si riesce ad estrarre in segmenti la lamina esterna fratturata, poi anche la tavola vitrea similmente rovinata; allora si svuota una quantità di circa 20 grammi di pus, ed appare la sostanza cerebrale erniosa, per la grossezza di un pisello: più tardi esce dalla ferita anche del liquido cerebro-spinale. Si vede il cervello pulsare; nella cloroformizzazione il polso scese da 60 a 44 ogni minuto primo. Durante l'operazione nessun fenomeno d'irritamento muscolare apprezzabile. — Il risultato parve splendido; dopo alcune ore il paziente ha riacquistato l'uso della gamba sinistra, l'emi-anestesia sinistra è scomparsa; persistono

Digitized by Google

la paralisi del facciale inferiore e dell'arto superiore sinistro. La sera nessuna reazione; le pupille reagivano bene; i movimenti del bulbo erano normali. Però la ferita diventò dolorosa, dall'apertura del parietale faceva capolino la sostanza cerebrale; la temp. oscillava tra 36°,6-37°,4, il polso 44-64, il respiro 16-20

Ma il 26 ecco il paziente di nuovo nello stato *quo ante*; inoltre la temperatura salì la sera a 40°, a 30 il respiro, a 80 il polso; avvi cefalea viva, ma nessun sintomo caratteristico d'insorgente meningite. Il 27 *idem;* alla sera inoltre vomito e defecazione involontaria. Il 28 agonia senz' insorgenza d'altri fenomeni singolari; nel dopo pranzo alle 4 morte, sotto un'esacerbazione della temperatura da 39°,6 a 41°,6. Probabilmente anche *post mortem* continuò la produzione di calore, perchè dopo 2 1|2 ore la temperatura ascellare conservavasi di 38°,2.

All'autopsia, oltre le alterazioni della calbotta ossea e la suppurazione meningea estesa a tutto l'emisfero destro, volta e base, si riscontrò, in corrispondenza della frattura del parietale, un focolaio di rammollimento della sostanza cerebrale, comprendente le due circonvoluzioni centrali (parte inferiore) e la corteccia del solco di Rolando. I suoi limiti erano: superiormente, nella 1ª circonvoluzione centrale la radice della 2ª circonvoluzione frontale, donde si estendeva per circa 4 centim. lungo il grande solco longitudinale; posteriormente il giro centrale posteriore fino all'origine della 2ª circonvoluzione occipitale; internamente l'encefalite si approfondava nel centro semiovale fino in prossimità della capsula interna. Eravi anche uno stravaso tra la pia e la 2ª circonvoluzione centrale, ed altri piccoli stravasi capillari dentro la sostanza rammollita. Il ventricolo laterale destro conteneva molto pus; così il 3° e il 4° ventricolo destro, e un po' anche il laterale sinistro. Viva iniezione dei vasi sotto l'ependima. Leggier edema dell'encefalo destro; null'altro di rilevante negli altri organi ed apparati.

Senz'alcun dubbio possiamo affermare che in tutto questo reperto il fatto principale e primitivo è l'ascesso cerebrale, il quale spiega la sorprendente limitazione dei fenomeni paralitici. Già da bel principio si poteva da questi, e dalla sede della ferita, dedurre che l'avvenuta compressione e alterazione del cervello

Digitized by Google

risiedesse nei dintorni del solco di Rolando — e non dovesse essere molto estesa, comechè offendesse solo il centro motorio dell'arto superiore; siccome poi il focolaio suppurativo non era in condizione da potersi svuotare, è naturale che la lesione invadesse le parti vicine, forse anche per sola gravità, il pus si portò verso il solco di Silvio. Ora noi sappiamo dalle esperienze di Hitzig, nonchè dai pochi casi clinici stati pubblicati (Wernher, Samt), che all'estremità del solco centrale, dove la 1ª e la 2ª circonvoluzione centrale si fondono, esistono dei centri che stanno in diretta relazione coi muscoli del volto e della lingua. Così potrebbero essere spiegati i disturbi d'innervazione del facciale inferiore; benchè la mancanza di ogni precedente fenomeno d'irritazione resti inesplicabile.

Quanto alla paresi dell'arto inferiore destro, sappiamo che il centro motore di questo si ammette sia nella parte superiore della prima circonvoluzione centrale (a 3 mm. dalla linea mediana, Hitzig). I casi di Wernher, Griesinger, Löffler, Samt, appoggiano tale idea. Anche questo caso di Gelpke lo prova; è evidente (e si può dimostrarlo sperimentalmente) che la lesione primitiva per la sua posizione non poteva interessare che la metà inferiore delle circonvoluzioni centrali; quindi il centro motore dell'arto inferiore restò intatto. Al 12° giorno, quando insorse una paresi dell'arto in questione, siccome esisteva sonnolenza, lentezza del polso, emi-anestesia, scarso deflusso del pus, si dovrebbe pensare più che ad un fatto di progrediente distruzione, ad uno di compressione. Difatti una volta evacuato il pus, il paziente riprese l'uso dell'arto. Fu poi la reazione successiva che condusse l'esito fatale.

Se si legge attentamente questa storia, si vede che fin dal principio l'ammalato aveva perduto il *senso muscolare*, nell'istessa proporzione della paralisi; il qual fatto o manca generalmente nelle ordinarie paralisi, o non vien rilevato mai. A spiegarlo, l'Autore invoca l'esistenza di un centro *ad hoc*, perchè dice non plausibile l'esistenza di un centro capace alla volta di ricevere le impressioni, che mettono in attività il senso muscolare e di mantenere la contrazione muscolare. Appoggiandosi quindi ad un caso partecipatogli dal dott. Birch-Hirschfeld, di rammollimento,

Digitized by Google

per effetto d'encefalite della 2ª circonvoluzione centrale, e di parte del lobo occipitale — in cui per tutto sintomo avevasi incapacità assoluta di valutare le differenze di peso. — Gelpke è appunto inclinato a credere che in vicinanza al centro di contrazione muscolare (1ª circonvoluzione) esista un altro centro di stazione finale delle impressioni muscolari (2ª circonvoluzione). Nel suo caso appunto anche quest'ultima era lesa, molto probabilmente in modo primitivo. — Quanto alle alterazioni della sensibilità l'Autore le ritiene secondarie; esse insorsero come ultimo fenomeno, dopo che le incipienti paralisi del facciale già indicava la diffusione del processo suppurativo; molto probabilmente dovevansi a compressione cerebrale, imperocchè sparvero dopo lo svuotamento dell'ascesso; oppure, accettando le idee di Türk, Charcot, Vulpian, si può pensare che il processo distruttivo approfondandosi nei gangli cerebrali ledesse qualche via dei nervi sensitivi (capsula interna).

Ueber Athetose und lokale Ataxie. *Sull'atetosi e l'atassia locale*); dei dottori O. Rosenbach e C. Lange. (*Schmidt's Jahrb.*, 1878. n. 2, pag. 145: id.).

Il dott. Rosenbach si pone la domanda se il quadro sintomatico dell'atetosi merita davvero un nome speciale; e lega le sue osservazioni al seguente caso. Una donna, di 57 anni, che aveva avuta una sola gravidanza, complicata pare da ileotifo, non vedeva più da 2 anni. Da 8 anni poi andava soggetta a ripetute rinorraggie, cardiopalmo, ansietà di respiro; e da 6-7 anni soffriva ad accessi di violenti dolori alle estremità, specialmente alle gambe, le quali si contraevano a guisa di crampo; questi dolori insorgevano la notte per sparire quasi sempre al mattino. Breve tempo dopo la paziente andò soggetta a coliche stercoracee per stitichezza. Il mitto era regolare, mai alcuna cefalea. A poco a poco i disturbi aumentarono, e si stabilirono delle lesioni motorie nella metà sinistra del corpo, sopratutto all'arto inferiore. I piedi diventavano fiacchi, le ginocchia si urtavano facilmente tra loro, il senso di resistenza del suolo andava mancando. La

Digitized by Google

paziente cadeva spesso, aveva formicolio alle estremità, e da 5 anni pure senso di cintura in vita. Nell'anno 1863 si manifestarono segni evidenti di avvelenamento saturnino e di insufficienza aortica; più incominciarono i sintomi tabifici, accompagnati da forti dolori all'epigastrio. Nel settembre 1864 la paziente cadde perdendo la coscienza, ma si riebbe in pochi minuti senza conservare nè disturbi intellettuali, nè fenomeni che accennassero ad un'affezione cerebrale. Nel 1865 le braccia s'irrigidirono perdendo la facoltà di eseguire dei movimeni fini; i dolori alle estremità insorgevano pur sempre, e gli arti di sinistra erano più deboli. Nel 1866 i dolori crebbero nelle braccia e si concomitarono a movimenti convulsivi del lato volare; nell'anno seguente ciò si verificava anche per i piedi, aggravandosi sino al punto da disturbare spesso il sonno. Sulla fine del 1863 le convulsioni erano molto forti nel braccio sinistro e nella gamba destra e consistevano in rapide estensioni e flessioni delle membra; i muscoli contratti potevano venir distesi solo con fatica e dolore. Un'altra sincope non lasciava conseguenze. Nel 1869 erano le convulsioni sempre più forti; un dolore violento ad accessi, che dalla nuca s'irradiava alle estremità, era ogni volta accompagnato da granchi. Il senso del tatto e della temperatura svaniva nelle dita, e stabilivasi nelle medesime la sensazione di freddo. Nel 1873 finalmente le convulsioni alle dita delle mani e dei piedi divennero continue. Nel 1874 Rosenbach vide la malata che era molto magra e pallida, e non presentava alcun sintomo di lesioni cerebrali. Le dita erano in un continuo movimento involontario, quasi se suonassero il clavicembalo: ora si muovevano tutte, ora movevasi un sol dito, ora l'uno era flesso, l'altro era disteso, le falangi si piegavano nelle più strane guise con maggiore o minor celerità. I piedi erano in posizione varo-equina e vedevansi i tendini, come all'avambraccio, in continuo movimento per tendere e flettere le dita. Le contrazioni muscolari sembravano avere la medesima forza d'ambo i lati, ma tenevansi affatto indipendenti. L'attenzione li rendeva più frequenti, il sonno li sospendeva. Le braccia conservavano invece le loro funzioni, meno che il sinistro era un po' più fiacco. La paziente non poteva camminare; il senso tattile e il termico alle estremità, sopratutto

Digitized by Google

inferiori, erano notevolmente diminuiti. Nel 1875, in conseguenza di uno stato di collasso succeduto ad un forte accesso stenocardico, i movimenti disordinati delle dita si sospesero per lungo tempo; da ultimo la paziente morì di pleurite. Alla *sezione* si trovarono infossature discrete della tavola vitrea del parietale sinistro corrispendenti ad alcune granulazioni del Pacchioni; la dura madre era pallida, liscia e splendente sulla superficie interna, non aderente; un po' di sangue liquido nel seno longitudinale; l'aracnoidea delicata e trasparente; la pia madre molto pallida, le circonvoluzioni cerebrali assottigliate. Le due sostanze bianca e grigia erano molto anemiche, ma facilmente distinguibili; i ventricoli laterali assai leggermente dilatati, e contenenti un po' di liquido senza colore; l'ependima alquanto grosso, ma liscio. Il cervelletto mostravasi assai pallido. All'estremità posteriore inferiore del nucleo lenticolare trovavasi un focolaio, lungo un centimetro, largo 4 millimetri, giallo grigiastro, con appendici filiformi; gli spazii perivascolari nel detto nucleo erano considerevolmente dilatati. Niente altro notabile. La dura madre spinale era pure pallida, adesa all'aracnoidea di poco inspessita; il liquido sotto-aracnoideo era un po' abbondante del normale. Il midollo, di consistenaa media, era alquanto inturgidito nelle porzioni cervicale e lombare; le radici sì anteriori che posteriori erano intatte. I cordoni centrali di Goll, e i cordoni posteriori nelle porzioni dorsali e lombare, avevano una colorazione grigia, che in basso andava limitandosi alla sola parte posteriore dei cordoni posteriori. Macroscopicamente i cordoni laterali non apparivano punto alterati.

Da questo fatto, paragonando il reperto ai sintomi, pare evidente che l'atetosi di Hammond non è una forma morbosa a base anatomica, ma piuttosto un accessorio di altre affezioni nervose. Manca ogni substrato materiale nel cervello, e l'atetosi resta nulla più di un sintomo, designabile sotto il nome di *dita o falangi che giuocano* (spielende Finger, spielende Phalangen). Il focolaio cerebrale trovato nel caso di Rosenbach non ispiega l'atetosi, la quale era bilaterale, e non si accompagnava ad alcun fenomeno di paralisi. — L'A. era inclinato a mettere in relazione i movimenti spastici delle dita colla degenerazione dei cordoni spinali poste-

Digitized by Google

riori, tanto più che alterazioni analoghe motorie vennero pure osservate da Leyden e Cruveilhier nella degenerazione grigia del midollo spinale. La mielite riscontrata alla tavola anatomica era appunto l'unica tra le alterazioni osservate che valesse a spiegare i disturbi di senso e di moto. Ma negli altri casi noti di atetosi non si è mai osservata la tabe; dunque nel caso di Rosenbach l'atetosi non è più un fenomeno secondario, appena diverso nel grado dalle forme comuni di tremolio, il quale pure è limitato alle estremità e si esagera sotto l'attenzione. Non si può tralasciare dal domandarsi se questi fenomeni motorii così caratteristici non abbiano una speciale patogenesi. La possibilità di un momento eziologico comune dei movimenti anormali delle dita, sia nella atetosi, sia nei casi di tabe, è spiegata forse da ciò che in tutti i casi si notano o violenti dolori, od un ottundimento del tatto nelle estremità affette. Ora, dipendano poi tali disturbi da alterazioni dei nervi periferici, o (ciò che è più probabile) dell'apparato centrale, si può credere che i fenomeni motorii siano d'ordine riflesso oppure che un'esagerata eccitabilità degli organi centrali, sostenuta da un processo patologico qualunque, produca direttamente in modo eccentrico i fenomeni di senso, e in modo centrifugo i fenomeni di moto (Rosenbach).

Il prof. C. Lange in Copenaghen (*Ospitals Tidende*, 2, R. 1877), dice che non tutti i casi pubblicati di atetosi sono tali, e fra essi parecchi analoghi dovrebbero venir separati e classificati a parte sotto il nome di ATASSIA LOCALE. Essi non hanno coll'atetosi che una somiglianza superficiale. L'Autore espone un caso di propria osservazione, anteriore a quelli di Hammond, nel quale è sorprendente l'analogia di fatti e fin delle espressioni con altri casi di atetosi stati pubblicati in seguito. In prova di che Lange cita i casi di Bernhardt (*Virch. Arch.*, LXII, I, 1876), Duguet (*Gaz. des Hôpitaux*, 119, 1877), Björnström (*Upsala läkaref. förch.*, XII. 391, 1876), Gowess (*Med. Trans.*, LXVI, 1866); specialmente fra i citati i primi due rassomigliano al caso di Lange e perchè la forma convulsiva era la medesima, e perchè dessa datava dalla prima infanzia. In essi la forma d'atetosi costituiva pressochè tutta la malattia; mentre nel caso di Björnström l'atetosi non era che un sintomo in mezzo ad altri non meno signi-

Digitized by Google

ficativi di un'affezione organica del sistema nervoso. I detti casi si distinguono nettamente dai casi che servirono ad Hammond per fondare il quadro sintomatico dell'atetosi; infatti in questi ultimi lo spasmo tonico era prevalente, sicchè le convulsioni cloniche non sono nemmeno accennate; tant'è che dei suoi due casi Hammond potè far prendere l'immagine fotografica, cosa che sarebbe stata impossibile negli altri casi. Quindi la loro somiglianza è apparente, e l'Autore per non inceppare le spiegazioni fisiologiche possibili, preferisce attenersi frattanto ad una distinzione che forse più tardi si riconoscerà artificiale e inesatta, anzichè confondere cose dissimili. Conservando quindi il nome di *atetosi* ai casi di Hammond e simili, Lange propone l'appellativo di *atassia locale* pel caso proprio ed analoghi.

Un'altra classe di alterazioni motorie, che venne pur confusa coll'atetosi di Hammond, è la *Corea post-emiplegica* di Mitchell e Charcot Gowers raccolse i casi pubblicati sotto tal nome in due classi: di queste la prima concorda esattamente coll'atetosi di Hammond. Anche Lange accetta questa distinzione, ma fa osservare che i casi esposti da Gowers rispondono alla forma del proprio caso (convulsioni spontanee delle dita, disordine ed atassia nei movimenti volontari delle braccia), solo che in essi i movimenti erano unilaterali, e sucessivi ad un colpo apopletico. E siccome gli stessi disordini possono pure avverarsi senza precedenza dell'emiplegia, Lange consiglia a lasciar cadere il concetto eziologico della malattia per ben fissare invece il sintomatico riunendo in una sola serie tutti i casi, che hanno la medesima fisonomia. Questa identità di sintomatologia non deve essere apparente, superficiale; ma basata sulle condizioni fisiologiche, sulla portata dei disturbi funzionali. Ora il concetto di atassia locale si fonda sull'esistenza di fenomeni atassici, di movimenti irregolari, di convulsioni in apparenza spontane, tra i quali fenomeni unica differenza si è che i primi sono provocati da un'innervazione involontaria, gli ultimi invece da un'innervazione *latente*, di guisa che l'attenzione chiamata su di essi li fa aumentare, mentre cessano nel sonno. L'affezione sembra d'origine cerebrale, sì perchè segue spesso all'emiplegia, sì perchè qualche volta è unilaterale; di più si è vista accompagnarsi con altri sintomi

Digitized by Google

d'origine cerebrale; e si hanno dei rapporti anatomici i quali comprovano non solo questo rapporto da causa ad effetto, ma anche accennano alla sede della lesione. Charcot in tre casi di corea post-emiplegica trovò delle affezioni cerebrali, che si estendevano alla parte posteriore del talamo ottico, della corona radiata e del nucleo caudato. In un caso analogo Gowers trovò un indurimento cicatriziale nel talamo ottico, esteso dalla parte mediana verso l' esterno. In un altro caso Rosenbach, oltre la mielite trovò un focolaio circoscritto giallo-grigiastro all'estremità posteriore inferiore del nucleo lenticolare destro.

Due osservazioni sull'emi-anestesia saturnina; pei dottori Hanot e Matieu. (*Archives générales de médicine*, mars 1878) — (id).

L'emiplegia anestetica fu già messa in vista in una memoria premiata con medaglia d'oro del dott. Raimond; le anteriori osservazioni di Tanquerel e di Andral non trattano veri casi di emiplegia saturnina, ma bensì di paralisi limitata a questo od a quel gruppo muscolare degli arti di un medesimo lato.

I fatti, che servirono di base al lavoro di Raimond sono stati pubblicati nella tesi per l'aggregazione di Renault nel 1875 (*Du saturnisme cronique*). Non si può mettere in dubbio lo stato di infezione saturnina nei due casi riferiti da Raimond; i due malati pallidi e magri, soggetti a ripetute coliche di piombo presentavano un cercine gengivale mitissimo; notavasi in un lato del corpo un indebolimento notabilissimo del senso e del moto, la contrattilità muscolare era ivi abolita; più di tutti gli altri muscoli gli estensori rimanevano inerti per cui l'indebolimento si presentava cogli ordinari sintomi di flessione permanente delle dita della mano con impossibilità a raddrizzarle; la lingua sporgevasi deviata, il velo palatino non reagiva agli eccitamenti; l'addome ed il torace erano parimente insensibili tranne della regione periombilicale; le diverse sensazioni, tattile, dolorosa, e termica giungevano tanto più in ritardo al centro nervoso, quanto più si producevano lontano dallo stesso; i nervi specifici dal lato

Digitized by Google

colpito erano pure intaccati, per cui ottuso l'udito, indebolita la vista, scemato il gusto.

Nella sua tesi il dott. Renault espone un'osservazione molto simile a quelle di Raimond: si tratta di un uomo di 26 anni, che dopo di essere stato attaccato da vari accessi di colica saturnina, fu preso da paralisi muscolare al lato sinistro a forma emiplegica, la lingua movevasi difficilmente, e parlando balbettava: in questo caso la paralisi dei gruppi estensori servì a fondare la diagnosi.

Oltre a questi casi nei quali la paralisi si produsse progressivamente, ve ne sono di quelli in cui fu preceduta da veri insulti apoplettici in modo da rassomigliare dal punto di vista semiottico all'ordinaria apoplessia; così in un caso riferito da Brochin (*Gaz. des Hôpit.*, 1875) un uomo lavorante presso una fabbrica di biacca fu sulla strada colpito da apoplessia e trasportato all'Hôtel Dieu offriva un orlo gengivale caratteristico del saturnismo ed una incompleta emi-anestesia paralitica. Alla sezione cadaverica rilevavasi solo anemia del cervello e nodo, la consistenza della sostanza cerebrale era normale. Devonsi questi fenomeni ripetere direttamente dall'avvelenamento saturnino? Non potrebbesi sospettare infezione uro-emica come nel caso riferito da Lepin nella *Gazette de Paris*, N. 47, pag. 582, 1875; ove uno affetto da saturnismo preso da attacco epilettico morì nella medesima sera, ed alla sezione si rinvenne piccolo focolaio di rammollimento centrale del lobo occipitale, ad una degenerazione granulo-grassosa dei tubetti contorti dei reni? Alle osservazioni anzi citate ne vengono aggiunte altre due recentemente raccolte alla Pitié presso il comparto diretto dal prof. Lasègue.

Osserv. 1ª — Un giovane pittore, d'anni 28, entrò nell'ospitale il 16 novembre 1877, dall'età di anni 18 in poi aveva soggiaciuto più di una volta a colica di piombo, ed era stato soggetto a frequenti epistassi: da 15 giorni oltre al patire di cefalalgia s'accorgeva di progressivo indebolimento al braccio, mano, gamba, e piede sinistro, per cui a stento poteva valersi dell'arto superiore e camminando trascinava la gamba al punto che i compagni di lavoro n'avevano fatto caso: da cinque giorni all'incirca pativa

Digitized by Google

stitichezza, dolori di ventre, vomiti verdastri, cefalalgia. Presentava il ventre retratto, dolente alla pressione, sovratutto se limitata a piccolo spazio, il fegato in apparenza diminuito di volume, non si riesciva a conoscere l'estensione della milza, il polso piccolo, accelerato, la temperatura normale, risultanze negative all'ascoltazione del cuore. La sensibilità in modo assai notabile era indebolita alla metà sinistra del corpo, però non lo era nei varii suoi modi di manifestarsi in egual grado, era più marcata per dolore l'emi-analgesia, ed in ritardo la percezione. L'emi-paresi, che si notava al cuoio capelluto ed anche alla faccia dal lato colpito, affliggeva pure i sensi laterali, per cui la vista indebolita, ed impossibile la lettura senza l'intervento dell' occhio destro, l'olfatto notevolmente ottuso: eravi anche, sempre a sinistra, paresi muscolare, indebolimento degli arti, nessuna deviazione della faccia.

Ripetute purghe fecero cessare la costipazione, e così cessarono pure il vomito, ed i dolori, dopo 10 giorni i fenomeni addominali erano cessati del tutto, i paralitici, ed anestetici persistevano; alcuni giorni dopo si rinnovarono patimenti nevralgici al capo, e disordini funzionali al circolo, con epistassi; guarirono anche tali disturbi; ed il malato venne dimesso il 22 dicembre guarito dalle lesioni ai visceri digerenti, e colla emiplegia ed emi-anestesia in via di decremento.

Osserv. 2ª. — Un giornaliero di 60 anni, entrò il giorno 23 novembre 1877 nella sala di S. Paolo: era stato soldato in Africa ove aveva sofferto febbri periodiche, al suo ritorno in Francia fu assalito da accessi di forma apopletica, che cedettero completamente all'uso del chinino: dopo ciò godette sempre buona salute. Da circa un anno ha ripetutamente prestata l'opera sua in una fabbrica di biacca, e per lo più venne impiegato alla pulitura degli strumenti e ad insaccare la biacca; ogni volta fu ben tosto obbligato ad abbandonare il lavoro per ordine del medico soggiacendo a coliche di piombo: non potè mai dimorare oltre a 6 settimane in fabbrica senza esserne intossicato. Tre mesi innanzi appena convalescente da uno dei soliti attacchi saturnini, si fece garzone muratore, ed allora appunto si accorse

Digitized by Google

che la sua gamba e braccio sinistro erano torpidi, ed assai più deboli degli arti destri, provò qualche sbalordimento, e leggier ambliopia. Da cinque settimane entrato di nuovo in una fabbrica di biacca, non stette più di venti giorni a provare i fenomeni intestinali per cui ricorse allo spedale ove al suo ingresso presentava: ventre retratto, appena sensibile alla pressione, fegato diminuito di volume, bordo gengivale ed alle labbra, alito fetido, scariche di ventre rare e difficili; al cuore ed ai polmoni nulla. Le arterie leggermente indurite, l'orina normale. Gli estensori della mano sinistra paralizzati, la mano serrata senza che al malato riesca di poterla aprire, il pollice si muove un po' meglio delle altre dita; l'antibraccio sinistro atrofico, l'azione del grande supinatore è conservata. Una diminuzione di forze nell'arto superiore in genere, ed anche nell'inferiore a sinistra, l'angolo labbiale un poco deviato a destra, le sopracciglia, le rughe sono meno apparenti e meno mobili a destra che a sinistra, la lingua leggermente portata a sinistra. La sensibilità è molto assopita, ottusa a sinistra; il dolore specialmente è assai poco avvertito; il tutto esiste ma assai debole ed incerto, le sensazioni di caldo e di freddo sono assai poco distinte. L'emi-anestesia è esattamente segnata dalla linea mediana sì alla faccia e capo, che al petto e ventre. All'epigastrio rilevasi un resto di sensibilità che si estende a sinistra pel perimetro di 4 o 5 centimetri. Il malato accusa vivi dolori alla spalla sinistra che si aumentano pel movimento del braccio; il deltoide è atrofico; prova un senso di formicolio alle dita delle mani, massime a sinistra, le dita sono lucenti, affilate come nella sclerodermia, le unghie sottili, deboli; qualche volta e particolarmente a sinistra le dita divengono pallide e fredde come accade nella asfissia locale. Il potere dei sensi è pure alterato, e l'occhio sinistro è più debole del destro, l'udito ottuso, ed avvi susurro al sinistro orecchio.

Il malato fu sottoposto a cura con bagni solforosi praticati giornalmente, purghe ripetute e ioduro di potassio alla dose quotidiana di due grammi: il miglioramento pronunciossi tosto, e specialmente nella condizione degli organi digerenti, anche la paralisi degli estensori cedette di qualche cosa. Scemata grada-

Digitized by Google

tamente la paralisi, e cessata l'emi-anestesia, il malato domandò di uscire, e lasciò l'ospitale il 29 dicembre. Fu riveduto dopo un mese circa, e la sensibilità ed il potere muscolare erano a sinistra ancora un po' deboli, ma il malato poteva camminare senza trascinare la gamba, ed attendere al mestier suo di garzone muratore; i dolori articolari erano cessati del tutto, e la vista meglio ristabilita.

Come facilmente si scorge queste due osservazioni conducono alle deduzioni già avanzate da Raimond, e le turbe del moto, o del senso, e sensibilità in questi casi non si possono derivare che dalla intossicazione saturnina. Nel primo caso qui riferito mancava la predominanza di paralisi degli estensori, secondo Raimond, sarebbe con ciò mancato un preziosissimo segno diagnostico, tal fatto fu avvertito anche da Renault. Ritiensi essere la paralisi degli estensori un primo sintomo dell'avvelenamento saturnino, ma avvi chi ritiene con Hitzig la paralisi degli estensori abbia prima che altra da manifestarsi al contatto quasi diretto del piombo assorbito dalle mani ed apportato dalle vene entro i muscoli che vengono ad ammalare. Sembra che l'emiplegia, ed emi-anestesia avvengano in modo diverso, e tali nervose turbe siano direttamente d' origine cerebrale, e dipendenti da una saturazione più durevole, più completa e più centrale.

L'artralgia osservata nel secondo caso, concomitante l'anestesia superficiale della parte viene pure spiegata ammettendo, che il veleno abbia contemporaneamente agito sul cervello, e midollo; d'altronde da Charcot e Vestphall si fecero conoscere nel saturnismo delle vere alterazioni dei tronchi nervosi. La sclerodermia delle dita non la si può a tutto rigore giudicare effetto unicamente dell'assorbimento del piombo. Sebbene le due osservazioni di paralisi esistessero entrambe a sinistra, pure non hanno forza per dar ragione a credere dovervi essere predominio di malattia a sinistra anzichè a destra.

Digitized by Google

Schwalbe — **Contribuzione alla guarigione radicale delle ernie** (*Deutsche med. Wochenschrifft* 1877, N° 45). — S. pubblica quattro casi di ernia inguinale, in cui ottenne la guarigione radicale coll'iniezione sotto-cutanea di alcool attorno al punto d'uscita dell'ernia. Si iniettarono sempre una o due cannule di Pravaz d'alcool a 70 °|₀ in ogni seduta settimanale. Il malato si poneva orizzontale colle coscie avvicinate e dopo aver ridotta completamente l'ernia l'ago della cannula si configgeva circa un pollice dal principio del punto d'uscita dell'ernia, nella direzione di essa nel tessuto sottocutaneo. Se non si mostra nel luogo della puntura sangue, il liquido si inietta lentamente e subito si pone il bendaggio. Le varie punture si fanno circolarmente sopra il legamento di Poupart attorno al luogo d'uscita dell'ernia.

Dopo 12-18 settimane l'ernia non esce più anche nei più forti accessi di tosse.

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 1, 1878).

Esmarch — **Sulla resezione dell'articolazione della spalla** (*Arch. f. Klin. Chir. Bd. XXI Hft.* 4. 1877). — In connessione col caso, da Shoemaker riferito al Quinto Congresso chirurgico, di resezione dell'omero, in cui appunto, come anche nel noto caso di Charles White, verosimilmente si trattava del capo superiore della diafisi eroso da osteomielite, E. riferisce i seguenti casi:

In una ragazza di 5 anni s'era destata per causa traumatica un'infiammazione all'articolazione della spalla sinistra, che era stata scambiata per una lussazione e quindi sottoposta a tentativi di riduzione. E. quattro settimane più tardi per la enorme raccolta di pus nell'articolazione, temendo un'infezione purulenta, praticò la resezione. Egli trovò la diafisi al suo capo superiore staccata dal periostio, immersa nel pus e divisa dall'epifisi. Anche nell'articolazione della spalla si trovò del pus, che visibilmente vi era penetrato per un foro rotondo, grande come una lente, dell'epifisi. V'era quindi qui un'osteomielite con

Digitized by Google

tutte le sue conseguenze. La guarigione seguì con breve raccorciamento dell'arto e conservandosi abbastanza bene la mobilità nell'articolazione.

In un secondo caso, in un lavorante di 15 anni, era seguita la divisione della diafisi sinistra dalla epifisi in seguito ad un trauma. Il capo della diafisi aveva perforato la pelle. Si resecò il pezzo d'osso che sporgeva fuori. La superficie risecata crebbe coll'epifisi. Seguì la guarigione con raccorciamento di 3 cm. e e con discreta mobilità nell'articolazione della spalla.

Il terzo caso riguarda un lavorante di 18 anni, che venne in clinica con sintomi di versamento purulento nell'articolazione della spalla in seguito a tifo. Alla resezione si trovò il cavo articolare vuoto di pus, il periostio e la capsula articolare sani. Appena sotto la commessura epifisaria non ancora del tutto ossificata si trovò l'osso piegato ad angolo e la piegatura già consolidata. Segato l'osso per la sua lunghezza si trovò un sequestro centrale libero nella cavità midollare. La guarigione seguì quasi senza raccorciamento: conservata la mobilità nell'articolazione della spalla neoformata.

L'ultimo caso riguardava una frattura da colpo d'arma da fuoco dell'omero destro in un cacciatore di 20 anni. Alla resezione dell'osso sfracellato appena sotto la linea epifisaria nell'articolazione della spalla si vide che le fessure decorrenti dal luogo della frattura in alto terminavano ai limiti dell'epifisi. Per questo ultimo caso E. conchiuse che le lesioni da colpo d'arma da fuoco dell'omero di individui giovani sotto la linea epifisaria siano da trattare senza alcun atto operativo.

A tutto questo Operlt aggiunge notizie interessanti riguardo la storia della resezione del capo omerale. La prima resezione fu fatta da Rod. Gugl. Schoeffenberg in un giovane di 17 anni.

Il secondo caso di Bartolomeo Vigarous operato a Montpellier nel 1767 ancora in un uomo di 17 anni. Il caso di Charles White non è ritenuto per una resezione del capo omerale da James Bent (Newcastle), il quale praticò nello stesso anno 1771 la resezione per carie. Dopo Bent fece l'operazione stessa Daniel Orred (Chester) in un uomo di 40 anni. Il caso di Sentin (Georg Fischer, *Chirurgie vor* 100 *Jahren*, p. 580) era, come quello

Digitized by Google

di White, una resezione del capo superiore della diafisi in seguito a distacco dell'epifisi per osteomielite in un ragazzo di anni 13 1|2.

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 1, 1878).

P. Voigt — **Sulla tecnica della resezione** (*Vortrag gehalten beim V Congress der deutsche Gesellschafft für Chirurgie*). — V. riferisce il caso di un malato, cui per suppurazione traumatica dell'articolazione della mano e delle guaine tendinee aveva praticato la resezione dell'articolazione della mano con una modificazione dell'ordinario metodo sottoperiosteo.

Riesce a stento negli adulti distaccare larghi lembi di periostio dall'osso, così che formino una membrana continua e lo strato più interno di essi, importantissimo per la neoformazione ossea, non sia gravemente leso. Quindi spesso dopo resezioni ad onta dell'operazione sottoperiostea la riproduzione dell'osso non si fa più abbastanza bene.

Con esperienze su cani V. trovò che la riproduzione dell'osso si fa molto più completa, quando nella resezione è conservata col periostio una piccola lamella ossea sottostante in corrispondenza delle prominenze per le inserzioni muscolari. — Inoltre nella resezione dell'articolazione della mano in discorso V. collo scalpello posto di piatto sollevò *in toto* una sottile lamella ossea corrispondente a tutta la superficie dorsale del radio, e nello stesso modo una lamella sotto l'abduttore del pollice col processo stiloideo del radio, cosicchè in nessun modo fu impedita l'azione del tendine in seguito all'operazione. Alla superficie palmare, dove il pronator quadrato sta fra l'osso e le guaine tendinee, è inutile, un tale processo.

Il malato ha ora all'articolazione radio-carpea anchilosi quasi

Digitized by Google

completa, ma è completamente conservata la funzione dei tendini che vanno alle dita, e la mano serve a qualunque uso. V. raccomanda la sua modificazione:

1° Nelle resezioni primarie negli adulti, per ottenere più facilmente la riproduzione ossea.

2° Nelle resezioni secondarie, in cui si cerca di conservare la mobilità di tendini che decorrano sopra le ossa esportate (articolazione della mano e del piede).

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 11, 878).

SCHWARTZ - **Perforation traumatique de l'iliaque du côlon sans aucune trace de contusion, même légère des parties environnantes** (*Soc. ant.; séance du 23 février* 1877. — *Progrès médical*, 1877, N° 17). — Un uomo ricevette due calci da un cavallo all'ipogastrio e alla fossa iliaca sinistra. Morte dopo 24 ore per peritonite da perforazione. All'altezza della seconda curvatura dell'*S* romano una perforazione grossa come un pezzo da 50 centesimi. Nell'intestino e nel cavo addominale una quantità di lenticchie non digerite. Nè nella parete addominale, nè al lato interno notasi segno della lesione che ebbe luogo.

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 1, 1878).

P. BAUMGARTEN — **Sulla così detta organizzazione del trombo** (Leipzig, O. Wigand, 1877). — Servendosi diligentemente della letteratura precedente e di una serie di ricerche sperimentali (in circa 120 conigli) B. sottopone ad una revisione tale questione ancora molto agitata fra i patologi.

L'autore fa un quadro storico delle idee sull'argomento emesse da Jean Louis Petit fino ai nostri giorni e poi passa a parlare

Digitized by Google

delle sue ricerche. Per lo più B. preparava una certa estensione di un vaso piuttosto grande, in modo che ne fosse isolata la parete e potesse da ogni parte essere circondata da un uncino ottuso. Poi poneva due fili da legatura a distanza di circa un pollice fra loro sotto il vaso, facendo quindi la doppia allacciatura (nelle arterie legava prima il filo periferico, nelle vene prima il centrale). Sulla parete del tratto allacciato stendeva poi del cinabro sospeso in acqua fenicata 2 °/₀. La ferita della pelle era cucita con fili di seta fenicati. In principio dopo alcune ore, poi dopo parecchi giorni e settimane furono uccisi gli animali ed esaminate diligentemente le parti che interessavano a fresco, macroscopicamente e microscopicamente.

La così detta organizzazione del trombo da allacciatura accade, secondo B., essenzialmente secondo due processi distinti:

1° Per lussurreggiamento dell'endotelio vasale (confronta anche Thiersch, *Anat. Verämderungen verwundeter Weichtheile, Pitha-Billroth's Handbuch der Chir. I Bd.*, p. 550).

2° Per accrescimento flogistico della parete vasale e del tessuto circostante (cui solo B. ascrive la formazione di vasi, la così detta vascolarizzazione del trombo) dal luogo dell'allacciatura verso il lume del vaso e dalle parti lacerate (eventualmente anche dalle pareti vasali illese).

3° In niuno di questi processi notiamo organizzazione indipendente del trombo. Le parti costituenti del trombo non possono nè direttamente, nè per mezzo di altri elementi passare allo stato di vero tessuto.

Alla fine dell'opera si fanno brevi considerazioni sulle più importanti ricerche microscopiche intorno all'organizzazione del trombo, cioè sui lavori di Zwicky, Reinhardt, Virchow, C. O. Weber, Billroth, Bubnoff, Waldeyer, Thiersch, Tschausoff, Kocher, Durante, Cornil, Ranvier, Auerbach, ecc.

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 18, 1878).

Digitized by Google

Méthode d'aëration. Traitement rationel des plaies (Moskau, Alex. Sang, 1877). — La Commissione speciale della Società di Chirurgia di Mosca pel trattamento delle ferite ha in sei sedute dato su questo argomento il seguente parere:

I due migliori metodi pel trattamento delle ferite, quello antisettico di Lister e l'aperto di Burow e Rose sono in manifesto antagonismo fra loro; tutti e due sono in parte nel vero, il migliore però è il metodo dell'aerazione. Non è l'aria con tutte le sue parti costituenti che per sè sia dannosa alle ferite, ma la stagnazione dell'aria, che favorisce la decomposizione. L'aria ristagna in tutti i corpi porosi, quindi devono questi essere tenuti lungi dalle ferite. Non si devono mettere in contatto colla superficie delle ferite nè compresse, nè garza, nè tele vegetali: così non si adopera nessun mezzo di disinfezione per la difesa delle ferite recenti, i secreti della ferita sono il miglior protettore per le ferite, dove qnesto è necessario — senza che vi sia tendenza alla decomposizione, poichè l'aria in movimento si rinnova continuamente. — Quindi questo metodo è il migliore per l'occlusione delle ferite. — Il metodo di Lister è quello che più si avvicina a questo, poichè col *protective* difende la ferita dall'aria, che stagnando potrebbe nuocere, e perchè la tendenza alla decomposizione nella garza porosa è annullata dai mezzi antisettici. La nebulizzazione è quindi superflua, già per la sua temperatura e perchè l'innondare la ferita con liquido rende poi necessario il drenaggio, il quale impedisce la riunione per prima intenzione.

L'applicazione speciale, per produrre qualche esempio, devesi fare nei seguenti casi:

1° Nelle amputazioni: legatura dei vasi con catgut, lavatura finale con soluzione di fenol 3 °/₀; sutura metallica: non

Digitized by Google

si copre la ferita, solo ai lati un po' di cerotto adesivo, accurata fissazione del tronco. Nelle altre ferite recenti si faccia pure la più accurata lavatura possibile; sutura metallica; quando son necessarie palle di cautschuk, ecc. ai lati della ferita per la compressione: stecche cave di filo metallico ecc. per la protezione legate in tutta la parte ferita.

2° Nelle ferite che passano a suppurazione, si cerchi di produrre presto un'escara, diversamente si copra la ferita con qualche mezzo semifluido (decotto di linseme, glicerina con un po' di acido fenico o salicilico); nelle suppurazioni abbondanti si allontani il pus con mezzi porosi messi lateralmente, coll'impiego del freddo, ma non direttamente sulla ferita. — Eguale processo si usa nelle superficie granulose e ulcerate.

3° Nelle lesioni da arma da fuoco si allontana ogni corpo poroso che si possa trovare nella ferita; si fa la fasciatura antisettica con la più perfetta chiusura possibile della ferita solo per la durata del trasporto. Nelle fratture complicate si estraggono le scheggie libere e si copre la ferita con qualche sostanza disinfettante, e così via.

I risultati di questo metodo sogliono essere: rapida guarigione, mancanza completa di malattie consecutive alla ferita, miglioramento dello stato sanitario degli ospedali, facile controllo, semplicità del trattamento ed economia.

Sgraziatamente manca la statistica delle guarigioni ottenute con questo metodo negli ospedali di Mosca, come pure della durata delle malattie.

Sarebbe però utile sperimentare questo metodo, specie negli ospedali dove si può applicare su larga scala.

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 18, 1878).

Digitized by Google

Bensch — **Giudizio sul trattamento chirurgico dei polipi della cavità nasale** (Inaug. Diss. Berlin 1877). — L'autore tratta questo tema fondandosi sulla letteratura e sui fatti osservati nella clinica privata di Voltolini. In principio ei spiega la sua idea, fondandosi nella storia e nelle esperienze di chirurghi pratici, che i polipi del cavo nasale si appoggino sopra fibromi duri della base del cranio.

Descrive in brevi parole la forma clinica ed anatomica di questa malattia, l'incremento, la sintomatologia, il come si presenta, la diagnosi differenziale, l'eziologia e l'anatomia, mentre specialmente fondandosi nell'eziologia ed anatomia accenna a nuovi importanti punti di vista pel trattamento di siffatta affezione. Quanto alla storia della terapia la divide in due periodi: il moderno che incomincia coll'introduzione della resezione ossea preliminare (1832), e l'antico che va fino ad Ippocrate. L'ultimo è descritto brevemente, il primo diviso in due: 1° La resezione ossea preliminare; 2° L'esportazione diretta. Tutti e due i processi lasciano intatta la radice o punto d'origine dei polipi, senza la cui distruzione segue sempre la recidiva. Intanto B. prova coll'anatomia e coi fatti clinici che solo i più gravi polipi rendono possibile di ottenere questo scopo e appunto in questi si indugia ordinariamente nel tentarlo. I moderni metodi diretti, l'estrazione colle tanaglie, colla galvanocaustica, collo schiacciamento o col raschiamento sono trovati difettosi, perchè lunghi e perchè si deve operare senza vedere il campo d'operazione. — Dopo aver riassunto e dichiarato rigettabile l'attuale terapia dei polipi nasali, nelle ultime 30 pagine B. cerca di dimostrare i vantaggi del metodo rinoscopico-chirurgico: bisogna per questi tumori praticare l'operazione intrafaringea, come già da lungo tempo si pratica la intralaringea pei tumori del laringe. Colla esportazione col metodo

Digitized by Google

rinoscopico-chirurgico il polipo è con tutti i migliori mezzi della moderna esportazione diretta estratto fuori per le vie naturali del naso o della bocca, e in modo tale che si può raggiungerne la radice, e distruggerla sulla guida dello specchio. Pel primo atto dell'operazione B. raccomanda un nuovo strumento, uno scalpello cavo galvano-caustico, la cui direzione e modo d'agire corrisponde al cucchiaio tagliente; pel secondo atto o lo stesso strumento, ma in altra direzione, oppure l'ordinario cauterio galvano-caustico. Infine l'autore riporta una tabella di 124 casi raccolti dalla letteratura dei polipi nasali ordinati per età, genere e diagnosi.

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 18, 1878).

Kessel — **Sulla mobilità della staffa nella esportazione della membrana del timpano, del martello e dell'incudine nell'otturamento della tuba** (*Arch. für Ohrenheilkunde Bot. XIII. Hft.* 1). — In un caso di otturamento della tuba l'autore per promuovere la ventilazione della cavità timpanica, aprire una via al secreto, liberare il labirinto dalla sua pressione ed eventualmente ottenere la mobilità della staffa, praticò la seguente operazione: La membrana del timpano fu staccata dalle sue aderenze al manico del martello. Poi fe' la tenotomia del muscolo tensore del timpano e l'estrazione del martello e dell'incudine.

Il successo fu in principio favorevole, essendo migliorato l'udito del paziente e scomparsi i rumori che sentiva prima. Ma presto i buoni risultati ottenuti sparvero per la rigenerazione della membrana del timpano, la neoformazione non si potè arrestare nè con una nuova incisione, nè colla cauterizzazione, neppure adoperando il galvano-cauterio.

(Dal *Centralblatt für Chirurgie*, N° 18, 1878).

Digitized by Google

Contribuzione allo studio delle terminazioni nervose nei muscoli lisci; del dott. R. Gescheidlen (Dall'Istituto fisiologico di Breslavia). (*Archiv. f. mikr. Anat. XV*, pag. 321-332. Tav. XXII). — (*A. U. di Medic. e Chir.*, Milano).

Avendo l'Autore, per questo studio, trattato col cloruro d'oro i vasi sanguigni e la vescica orinaria della rana, ottenne i seguenti risultati che, scostandosi da quelli di Frankenhaüser, s'accordano invece con quelli di Loewit.

La fibra nervosa raggiunge perpendicolarmente o pressochè perpendicolarmente la fibra muscolare; quivi o si divide in due ramoscelli i quali, divergendo parallelamente alla serie delle fibro-cellule muscolari, decorrono isolati; ovvero essa corre innanzi un tratto indivisa ed applicata alla serie di fibro-cellule, si dirama quindi e va ad un'altra serie per suddividersi poscia e formare le così chiamate da Loewit fibrille terminali, senza che fra queste ed i nuclei delle fibro-cellule si possa scorgere dipendenza di sorta.

Scegliendo poi quale campo d'osservazione la sanguisuga, descrive l'Autore il modo di contenersi delle fibre nervose colle cellule gangliari nervose, rotonde, piriformi, poli, bi-unipolari, le quali ultime raggiungono per mezzo di un piccolo prolungamento la fibra nervosa e lateralmente, formando con quest'ultima una specie di T.

Studia quivi puranco l'Autore il rapporto tra le fibre nervose e quelle gingantesche fibro-cellule muscolari, che nella sanguisuga si trovano in diverso ordine nella robusta parete dello stomaco chilifero e che a fresco presentano una tenue membrana anista, una sostanza corticale, omogenea, molto rifrangente, ed una sostanza midollare chiara, vischiosa contenente granuli scuri. Col trattamento col cloruro d'oro, la sostanza midollare resta colorata in rosa e sulla sostanza corticale spiccano in nero

Digitized by Google

le fibrille nervose terminali, le quali partendo da un tronco nervoso o da una fibra meno spessa, accompagnano una per ciascuna le fibro-cellule muscolari, correndo lungo il loro margine o serpeggiando su di esse, si diramano, vanno ad un'altra fibro-cellula, si appongono ad essa o trapassano in un'altra fibra nervosa, quando non imboccano un più grande tronco nervoso. In prossimità dei nuclei delle fibre muscolari si osservano dei rigonfiamenti delle fibre nervose, privi di nuclei, che rassomigliano alle estremità nervose terminali dei muscoli striati. L'Autore però non li ritiene una vera terminazione nervosa, la quale, come si ha nella fibra muscolare striata, non si troverebbe, invece, nei muscoli lisci, nè della rana, nè della sanguisuga.

NOTIZIE

R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE

PREMIO STRAORDINARIO EDOARDO KRAMER.

Tema per l'anno 1879, *pubblicato il* 23 *agosto* 1873.

La nobile signora Teresa Kramer Berra desiderando onorare la memoria di suo figlio Edoardo nel doloroso anniversario della di lui morte, avvenuta il 28 agosto 1869, aveva messo già sino dallo scorso anno a disposizione di questo R. Istituto la somma di L. 3000, da conferirsi in premio a quell'ingegnere lombardo che avesse data la migliore soluzione di un quesito d'ingegneria. Non essendosi tale premio conferito, la donatrice rinnovò il concorso, pel quale fu fissato il tema seguente:

« Fare un'accurata statistica della forza motrice, tanto idraulica che a vapore, impiegata a servigio della grande e della

Digitized by Google

piccola industria nella città e nel circondario esterno di Milano, indicando la natura e l'importanza delle fabbricazioni alle quali è applicata. Additare quindi in qual modo, con quale indirizzo e per quali provvedimenti le industrie cittadine possano più ampiamente svilupparsi, avuto riguardo alle opportunità presentate dalle condizioni locali ».

Il premio è di lire 3000.

Può concorrere ogni ingegnere lombardo, esclusi i membri effettivi di questo Istituto, con Memorie manoscritte e inedite. Queste dovranno essere trasmesse, franche di porto, alla Segreteria dell'Istituto Lombardo di scienze e lettere, nel palazzo di Brera, in Milano, non più tardi delle 4 pomeridiane del 31 maggio 1879, o, giusta le norme accademiche, saranno anonime, e contraddistinte da un'epigrafe, ripetuta sopra una scheda suggellata, che contenga il nome, cognome e domicilio dell'autore

Il premio sarà dalla Commissione esaminatrice proposto e dall'Istituto conferito a chi avrà data la migliore soluzione del tema; il giudizio sarà proclamato avanti il 28 agosto 1879.

Prima della proclamazione, l'autore del lavoro designato per il premio sarà chiamato a provare la sua qualità d'ingegnere lombardo, richiesta dalla benemerita donatrice del premio.

Gli autori delle Memorie non premiate potranno ritirarne la scheda entro un anno dalla proclamazione del giudizio sul concorso.

I manoscritti presentati resteranno presso l'Istituto, con facoltà agli autori di farne tirare copia a proprie spese.

La Memoria premiata rimane proprietà dell'autore, ma egli deve pubblicarla entro un anno, consegnandone due copie all'Istituto Lombardo, dopo di che soltanto potrà conseguire la somma.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 39ª settimana dal 22 al 28 settembre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	5	2	7	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	2	7	9
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	1	»	1	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	1	1	2	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	»	»	»	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	»	»	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	2	3	» scirrose, cancerose	1	4	5
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	1	1
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	1	»	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	1	2	3	TOTALE	39	45	84
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	»	»	Non appartenenti alla popolazione di Torino	7	1	8
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	2	3				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 39ª settim.ª	46	46	92
Malattie dell'appar.º respiratorio	6	9	15	» nelle settim.ª precedenti	2666	2694	5360
» dell'apparato dell'alimentazione	11	9	20				
» dell'app.º cardio-vasale	3	»	3	TOTALE complessivo	2712	2740	5452
» del sistema nervoso	7	6	13				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2352	2427	4779
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 39ª settimana	61	81	142	»	1	1
Nelle precedenti	2672	2458	5130	217	136	353
TOTALE COMPLESSIVO	2733	2539	5272	217	137	354

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore COLOMIATTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Contribuzione allo studio della risipola delle ferite, specialmente per quanto ne riguarda la eziologia, la profilassi e la cura; per il Dott. **Bobone**, (Osservazioni raccolte alla Clinica operativa diretta dal Prof. L. Bruno).

Continuazione alla pag. 304, num. 10-11.

IV.

Prima di parlare particolarmente dei casi che mi capitarono sotto mano, credo questo il momento più acconcio per dare un quadro sinottico di tutti i casi di risipola che si osservarono nella Clinica chirurgica durante lo spazio di quasi due anni. Il quadro comprende tanto i casi osservati nella sala Uomini, quanto quelli osservati nella sala Donne, dal settembre 1876 a tutto luglio 1878.

Digitized by Google

Nome e Cognome	età	Professione	Data dell' Entrata e N° del Letto	Malattia
1. Bovazzi G. B.	75	Sagrestano	6|9 1876 N° 73	Epitelioma alla regione zigomatica sinistra.
2. Impegno Alessandro	50	Bracciante	21|11 1876 N° 62	Grosso furuncolo alla gamba destra.
3. Grasso Andrea	60	Carrozziere	30|11 1876 N° 68	Frattura complicata del metacarpo di sinistra.
4. Rocati Stefano	42	Fonditore in ghisa	29|11 1876 N° 62	Scottatura sul collo del piede.
5. Belletti Giuseppe.	23	Guardia Daziaria	6|2 1877 N° 66	Ferita lacero-contusa al capo.
6. Giuseppe Bergallo	16	Contadino	17|2 1877 N° 58	Neuro-fibroma cirsoideo voluminoso al lato sinistro del capo
7. Bertero Battista	10	Muratore	10|8 1876 N° 70	Frattura complicata della tibia destra.
8. Raimondo Giacomo	66	Contadino	16|5 1877 N° 77	Cancro alla mammella destra.

Digitized by Google

Data della Operazione	Data della comparsa della Risipola	Esito	*Annotazioni*
12|9 1876. - Estirpazione ed anaplastia.	13|9 1876	Morte il 6|10 1876	Il giorno della comparsa della risipola il lembo si mostra sollevato e sotto d'esso sentesi fluttuazione. Tolgonsi alcuni punti di sutura, e dal margine del lembo escono due cucchiai di siero torbido sanguinolento con molti coaguli e di odore fetente.
Spaccatura il 22.	10|12 1876	Morte il 13|12 1876	La risipola ebbe corso rapidissimo; nello stesso giorno aveva invaso tutto l'arto. Si complicò linfangite con forte tumefazione dei gangli crurali e inguinali.
—	12|12 1876	Guarigione il 15|1 1877	Sviluppo della risipola quando la ferita era pressochè cicatrizzata.
—	14|12 1876	Guarigione il 15|1 1877	
Fasciatura unitiva con listerelle di cerotto d iachilon il 6|2.	3|3 1877	Guarigione il 12|3 1877	Ritenzione di pus.
Operato li 9|3 1877 (sutura e drenaggio).	10|3 1877	Guarigione il 20|3 1877	Ritenzione di pus.
Resezione del moncone sporgente e bendaggio il 10|8.	13|3 1877	Guarigione il 17|3 1877	All' epoca della comparsa della risipola esisteva ancora sulla gamba una soluzione di continuo della superficie di un centesimo.
Il 22|5 si esporta in una alle ghiandole ascellari degenerate.	26|5 1877	Morte il 28|5 per Setticemia	

Digitized by Google

Nome e Cognome	età	Professione	Data dell' Entrata e N° del Letto	Malattia
9. Cirio Eugenio	28	Tenente del Genio	2|5 1877 Camera terza Pensionarii	Fistola anale completa.
10. Nasso Andrea	62	Portinaio	5|5 1877 Camera seconda	Flemmone alla coscia sinistra.
11. Ghiano Francesco	34	Contadino	3|10 1877 N° 60	Ferita lacero-contusa al capo.
12. Scalvino Loren.	65	Contadino	31|10 1877 Camera sesta	Epitelioma alla regione zigomatica destra.
13. Rossetti Pasquale	38	Carrettiere	16|12 1877 N° 73	Frattura complicata all' omero destro.
14. Vallo Giovanni	58	Contadino	9|1 1878 N° 71	Epitelioma alle palpebre dell'occhio sinistro.
15. Vergnano Giuseppe	70	Contadino	16|1 1878 N° 63	Ulcera cancerosa alla cute della regione malare sinistra.
16. Caralli Ernesto	6	—	18|1 1878 Camera prima	Due ferite lacero-contuse a lembo triangolare, situate sul capo.
17. Pulan Giuseppe	33	Contadino	19|3 1878 Camera settima	Sarcoma al testicolo sinistro.

Digitized by Google

Data della Operazione	Data della comparsa della Risipola	Esito	*Annotazioni*
Il 25|5 spaccatura.	30|5 1877	Guarigione il 6|6 1877	
6|5 spaccatura dell'ascesso.	31|5 1877	Morto per Uremia	Ritenzione di pus. — Nefrite parenchimatosa.
3|10 sutura.	4|10 1877	Guarigione il 7|10 1877	Ritenzione sangue.
3|11 1877. Estirpazione.	7|11 1877	Guarigione	Ritenzione di pus sotto crosta.
16|12. Amputazione.	4|1 1878	Guarigione il 12|1 1878	Ritenzione di pus.
19|1. Estirpazione in una all'occhio atrofico. – Incisioue lungo il bordo posteriore della mandibola, per esportare alcune ghiandole degenerate. – Sutura e drenaggio.	22|1 1878	Guarigione il 24|1 1878	Ritenzione di pus.
25|1. Escisione e unione parziale dei bordi dell'ovale con sutura nodosa.	28|1 1878	Guarigione	Ritenzione di pus e sangue.
18|1. Sutura intercisa.	23|1 1878	Guarigione il 29|1 1878	Ritenzione di pus sotto i lembi.
22|3. Orchiettomia. – Cucisconsi i margini dello scroto in basso.	25|3 1878	Guarigione il 29|3 1878	Poco sangue putrefatto si fece uscire colla pressione esercitata sul fondo della saccoccia il 25 marzo.

Digitized by Google

Nome e Cognome	età	Professione	Data dell' Entrata e N° del Letto	Malattia
18. Rossetti Francesco	22	Meccanico	31|3 1878 N° 62	Ferite al cuoio capelluto e alla palpebra inferiore.
19. Bertolotti Andr.	23	Meccanico	31|3 1878 N° 63	Ferita al lato interno del braccio destro interessante la vena omerale.
20. Massetta Giuseppe	35	Fotografo	5|6 1878 N° 62	Flemmone alla regione sopraioidea, parte sinistra.
21. Dellavia Luigi	44	Cuoco	11|6 1878 Camera sesta	Sarcoma del testicolo sinistro.
22. Fasanelli Giacinto	61	—	1|7 1878 Camera settima	Epitelioma sul dorso del naso.

Sala

1. Cagnasso Maria	40	Contadina	15|9 1876 N° 276	Fibroma alla guancia sinistra.
2. Preclino Margherita	75	Contadina	25|9 1876	Epitelioma sulla guancia destra.

Digitized by Google

Data della Operazione	Data della comparsa della Risipola	Esito	*Annotazioni*
31|3. Fasciatura unitiva con listerelle di cerotto adesivo, tranne la ferita alle palpebre che presentando perdita di sostanza, si lasciò aperta.	1|3 1878	Guarigione il 5|3 1878	La risipola partì dalla ferita palpebrale che si era coperta di una crosta sotto la quale si celava del pus.
31|3. Sutura intercisa della cute previa allacciatura della vena.	2|4 1878	Guarigione il 9|4 1878	Sorta la risipola tolgonsi i punti di sutura, e si dà esito a circa due cucchiai di pus fetidissimo.
6|6. Spaccatura.	8|6 1878	Guarigione il 14|6 1878	Ritenzione di pus.
12|6. Orchiettomia. Sutura dello scroto con collocamento di un tubo a drenaggio.	13|6 1878	Guarigione il 18|6 1878	Nel fondo della saccoccia accumulossi un poco di sangue che si putrefece rapidissimamente.
3|7. Esportazione col cauterio di Paquelin.	8|7 1878	Guarigione il 17|1 1878	Ritenzione di pus sotto crosta.
Donne			
18|9. Erportazione e sutura.	19|9 1876	Guarigione il 2|10 1876	Putrefazione rapida di sangue stravasato sotto la sutura.
5|10 1876. Escisione. Riparazione della perdita di sostanza con processo di autoplastia. – Unione del lembo coi margini della ferita mediante sutura.	6|10 1876	Morte 5 giorni dopo	Il 6|10 tolta la sutura, esce di sotto al lembo un grosso cucchiaio di siero sanguinolento con piccoli coaguli.

Digitized by Google

Nome e Cognome	età	Professione	Data dell'Entrata e N° del Letto	Malattia
3. Locati Albina	25	Benestante	3|4 1877 |N° 269	Fibro - adenoma alla mammella destra.
4. Benedetti Paolina	38	Benestante	26|10 1876 N° 273	Ateromi multipli al capo.
5. Peyretti Giuseppina	20	Sarta	23|4 1877 Camera terza	Fibro - adenoma alla mammella sinistra.
6. Busa Marcellina	38	Contadina	7|5 1877 Camera prima	Fibro - adenoma alla mammella sinistra.
7. Somano Paola	24	Contadina	25|7 1877 N° 274	Adenoma alla mammella destra.
8. Maria Demaria	28	Contadina	12|8 1877 N° 277	Perdita di sostanza al labbro inferiore.
9. Porcellana Rosa	67	Benestante	17|8 1877 Camera settima	Voluminoso cancro alla mammella sinistra.
10. Caressi Giacinta	42	Maestra elementare	14|10 1877	Scirro alla mammella sinistra.
11. Rolle Lucia	26	Contadina	Novembre 1877 N° 278	Sarcoma delle coste superiori di sinistra.

Digitized by Google

Data della Operazione	Data della comparsa della Risipola	Esito	*Annotazioni*
10|4. Esportazione. Unione dei lembi con sutura nodosa.	13|4 1877	Guarigione il 17|4 1877	Ritenzione di pus.
31|10. Spaccatura e svuotamento degli ateromi più grossi. Si tengono aderenti i lembi della ferita con listerelle di cerotto adesivo.	6|11 1876 15|11 recidiva	Guarigione il 20|11 1876	Ritenzione di pus.
28|4. Estirpazione. Sutura dei margini della ferita.	29|4 1877	Guarigione il 9|5 1877	Dopo l'estirpazione del tumore si procedette alla allacciatura di numerose arteriuzze. L'emorragia non potè assolutamente frenarsi, ma rimase un leggero stillicidio di sangue.
11|5. Operazione eseguita come sopra.	12|5 1877	Guarigione il 16|5 1877	Ritenzione di pus.
27|7. Estirpazione e sutura dei lembi.	28|7 1877	Guarigione il 1|8 1877	
22|8. Cheiloplastia.	23|8 1877	Guarigione il 3|9 1877	
10|9.	15|9 1877	Morte per Pioemia il 20|9 1877	Ritenzione di siero sanguinolento.
18|10. Estirpazione e sutura dei lembi.	21|10 1877	Guarigione il 25|10 1877	Ritenzione di pus.
6|11. Puntura esplorativa.	9|11 1877	Morte per Pioemia il 3|12 1877	La puntura destò un processo infiammatorio nel tumore.

Digitized by Google

Nome e Cognome	età	Professione	Data dell'Entrata e N° del Letto	Malattia
12. Pasquero Giuseppa	8 mesi	---	3|11 1877 N° 287	Piede Equino varo
13. Dolso Maddalen.	55	Contadina	21|1 1878 N° 278	Sarcoma alla mammella sinistra.
14. Daneo Felicita	65	Proprietaria	28|1 1878 Camera seconda	Fibroma alla mammella sinistra.
15. Ferrante Maria	50	Donna di casa	13|1 1878 N° 286	Cancro alla mammella destra e ghiandole sottoascellari.
16. Roero Margherita	56	Contadina	18|2 1878 N° 269	Sarcoma delle ghiandole sottocutanee dell' inguine destro.
17. Benedetti Domenica	66	Donna di casa	6|4 1878 N° 275	Rottura di un antico igroma prerotuleo (destro) in seguito a caduta sul ginocchio.
18. Bianchini Eufrosina	65	Donna di casa	3|6 1878 Camera terza	Cancro alla mammella sinistra.

Digitized by Google

Data della Operazione	Data della comparsa della Risipola	Esito	*Annotazioni*
18[11. Tenotomia sottocutanea.	17[11 1877	Guarigione il 20[11 1877	
28[1. Esportazione. Sutura attorcigliata.	19[2 1878	Guarigione il 22[2 1878	Ristagno e putrefazione di sangue.
1[2. Esportazione e sutura.	5[2 1878 3 volte recidiva	Guarigione il 8[2 1878	Ritenzione di pus.
20[1. Esportazione e collocazione di tubi a drenaggio. Sutura.	22[1 1878	Morte per Setticemia il 8[2 1878	Ristagno di pus e sangue.
28[2. Enucleazione. Sutura a trapunto di Thiersch. Drenaggio.	3[3 1878	Guarigione il 9[3 1878	Ritenzione di pus.
Fine aprile. Fasciatura unitiva con listerelle emplastiche.	4[5 1878	Guarigione	Ritenzione di pus. Recidiva della risipola per tre volte.
8[6. Estirpazione. Drenaggio, sutura nodosa.	10[6 1878	Guarigione	Ritenzione di sangue.

Digitized by Google

Il primo fatto che attirò la mia attenzione non è compreso nel quadro precedente, perchè data da una epoca in cui non pensava ancora a raccoglierli tutti. Occorse nel giugno 1875; e riguarda un giovinetto muratore che, in seguito a caduta da un ponte, riportava frattura complicata del femore destro, il cui moncone superiore sporgeva da una ferita situata alla faccia esterna della coscia. Ridotta la frattura, si faceva apposito bendaggio fenestrato che, 50 giorni dopo, veniva sostituito da altro bendaggio simile. Fino al 20 settembre, le cose procedettero nel modo il più soddisfacente; il callo era solido; la ferita cutanea, ridotta a poco più di 1 cm. di larghezza per $1^1/_2$ circa di lunghezza, cicatrizzava rapidamente. Nella notte del 20 settembre, da questa piccola ferita prendeva le mosse improvvisa risipola che, in breve tempo, si estendeva al rimanente della coscia sottostante, a tutta la gamba ed al piede; provocava sinovite purulenta al ginocchio corrispondente, la quale rese necessarie ripetute aspirazioni del pus coll'apparecchio Dieulafoy e lavature con soluzione fenica, senza che si potesse impedire che il pus, rottasi la sinoviale, s'infiltrasse lungo la coscia. Dopo molto tempo il malato guarì al prezzo d'un' anchilosi angolare al ginocchio e di una semi-anchilosi nell'articolazione dell'anca.

Altri casi di risipola si osservarono a quell'epoca nella sala, e non saprei spiegarmi altrimenti il fatto in questione se non ammettendo essere stato il nostro ammalato infetto per virus portato nella piaga.

Un ammalato con frattura complicata del metacarpo veniva ricoverato il 30 novembre 1876 al letto n° 68: il 12 dicembre dello stesso anno, epoca in cui la ferita cutanea era pressochè cicatrizzata, si manifestava risipola che rapidamente propagavasi all'a-

Digitized by Google

vambraccio e al braccio. Importa notare, che 2 giorni prima, nel letto n° 62, più vicino a quello che segna il principio della sezione diretta dal Prof. Bruno, un ammalato era morto in seguito a risipola. Ebbene, il 14 dicembre, veniva pure colto da risipola un terzo ammalato che portava una piccola scottatura sul collo del piede, e che degeva nel letto n° 61. Osservammo adunque tre casi di risipola a due giorni di distanza l'uno dall'altro, e in ammalati che giacevano vicini di letto, e dei quali i due ultimi attaccati erano quasi completamente guariti (confr. i n^{ri} 2, 3, 4 del quadro). — Altri fatti consimili si osservarono più tardi. Il 10 marzo 1877, da una ferita situata nella parte posteriore del capo di un giovinetto, in seguito all'esportazione di un tumore, nasceva un' erisipela grave: tre giorni dopo si manifestava la risipola su di un altro giovane, che, da oltre cinque mesi, aveva subìto la resezione della tibia destra in seguito a frattura complicata della medesima, con sporgenza d'uno dei frammenti, e che, all'epoca in cui lo colse la risipola, non portava più sulla gamba che una soluzione di continuo tutt'affatto superficiale, larga quanto 1 centesimo.

Il primo di questi due ammalati giaceva al letto n° 58, e il secondo al letto n° 70.

E qui metto in rilievo due fatti: il primo si è che di questi ammalati nei quali si manifestò la risipola a breve intervallo di tempo, quello che ne venne primieramente attaccato, e che io considero come il punto di partenza per l'infezione degli altri, presentò sempre ferite di rilievo che non escludevano l'idea che la risipola vi potesse essere stata suscitata da altre cause all'infuori della *infezione per trasporto del virus:* mentre, in quelli che ammalarono successivamente, la piccolezza della ferita lascia supporre che il *virus*

Digitized by Google

vi sia stato trasportato. Il secondo fatto che vorrei rilevare si è l'ordine seguìto dalla risipola nel suo propagarsi da malato a malato, ordine che corrisponde esattamente con quello che si tiene in Clinica nel cambiare le medicazioni ai malati, sia di mattino che di sera. Questo secondo fatto mi pare che appoggi validamente la tesi del *trasporto* del *virus;* d'altronde, dato un caso di risipola in una fila di ammalati, e supposto possibile questo trasporto del virus, è chiaro che la risipola si potrà manifestare in qualcheduno degli altri ammalati che vengono medicati *dopo* l'erisipelatoso, e le cui ferite vengono a contatto colle dita o coi ferri che hanno toccato quello; mentre un simile pericolo non correranno quelli che vengon medicati *prima.*

Però, l'ammalato che si trovasse immediatamente *prima* dell'erisipelatoso, sarebbe in condizioni favorevolissime per essere contagiato, e si capisce di leggeri pensando ai rapporti che genera questa stretta vicinanza.

Son lieto di poter dire che, in questa maniera d'interpretare il propagarsi di certe risipole *secondo l'ordine che si tiene nel fare le medicazioni*, non mi trovo solo. Mi ricordo che, ragionando una volta su questo punto coll'egregio Dott. Roddolo, questi mi disse di un' epidemia di risipola sviluppatasi nella sezione chirurgica alcuni anni or sono e interpretata da lui in modo analogo. Da un primo caso, sviluppatosi nella sezione attualmente diretta dal Dott. Spantigati, l'epidemia si sarebbe diffusa successivamente nella sezione del Dott. Perassi per finire coll'invadere la Clinica: giova notare che anche questa era la via che, a quell'epoca, tenevano gli allievi nel ripetere le medicazioni nel pomeriggio.

Digitized by Google

E che in tanti casi le cose siensi passate realmente così, mi induce anche a crederlo il fatto che, dal momento in cui nella Clinica chirurgica si cominciò a lavare quotidianamente le ferite con soluzioni d'acido fenico e di cloralio, e dietro calde raccomandazioni del Dott. Novaro, si prese dagli allievi l'abitudine di disinfettare bene mani e ferri in soluzione d'acido fenico, tutte le volte che si medicavano ferite settiche. non ho mai più potuto osservare che, nella Clinica, si sviluppasse la risipola *sotto forma epidemica.* Forse vi contribuì anche quella specie di isolamento in cui io stesso, per ragione di studio, poneva gli erisipelatosi, occupandomi io solo di provvedere alla medicazione delle loro ferite, e togliendo ai miei compagni di servizio, in un coll'occasione d'avere dei contatti diretti coi malati di risipola, anche la possibilità di trasportarne il contagio su altre ferite. Per conseguenza, egli è già un tempo che non si videro piu nella Clinica ferite *lievi* e *tutt'affatto superficiali* farsi punto di partenza di risipola negli ammalati che le portavano. Ridotte di molto e forse soppresse le condizioni favorevoli al trasporto del contagio è più che naturale che le infezioni per trasmissione diretta dall'uno all'altro ammalato non si verifichino più.

I casi osservati ultimamente riguardarono in massima parte ammalati le cui ferite presentarono certe condizioni che credo confermino l'esistenza di altri momenti eziologici.

V.

Dato un caso di risipola in mezzo ad una quantità di feriti, ammessa la teoria che riconosce possibile lo svilupparsi della erisipela da una piaga sulla quale si

Digitized by Google

sia trasportato il contagio e ammessa l'esistenza di condizioni favorevoli al trasporto di questo contagio, il chirurgo può sufficientemente spiegarsi l'origine di questa complicazione negli ammalati che ne vengono successivamente colpiti.

Ma quando egli vede svilupparsi nella sua sala un primo caso di risipola senza che l'ammalato che ne è colpito sia stato toccato da dita o materie infette da contagio, senza che esista un soggetto da cui possa ammettere essere partita l'infezione, non può più invocare il momento eziologico di cui si è parlato fin qui, ma deve andare a cercarne degli altri.

Si è parlato di condizioni *locali* inerenti alle ferite medesime, condizioni che basterebbero da sè sole a suscitare l'erisipela.

L'Hueter (1) tra i modi di generarsi della risipola ha ammesso l'infezione per sangue putrefacientesi e per pus che si decompone nella ferita.

Il Prof. O. Weber (2) opina che le risipole così pericolose del cuoio capelluto hanno luogo solamente per ristagno del pus.

Secondo questi autori adunque, il sangue od il pus, che, venuti da una superficie cruenta, stagnano a contatto della medesima, e si decompongono per contatto dell'aria atmosferica, genererebbero il veleno che suscita l'erisipela.

Egli è con questa guida che ho intrapreso delle osservazioni per verificare se, al comparire delle risipole si avesse anche il ristagno dei secreti; e posso dire subito che, nella grande maggioranza dei casi di risipola avvenuti negli ultimi tempi, si trovarono nella

(1) Hueter — *loc cit.*
(2) Weber — *Enciclop. di Pat. Chir. di Pitha e Billroth.*

Digitized by Google

ferita tutte le condizioni per questo ristagno. Ed in una quantità di risipole che colpivano l'*operato* a così breve distanza dal momento dell'operazione da non potere portare in linea di conto il ristagno e la decomposizione del pus che non si era per anco formato, ho sempre trovato al di sotto dei lembi del sangue raggrumato e decomposto. Anche il sangue adunque che si versa, sia pure in piccola quantità, sotto i lembi di una ferita può, scomponendosi, sviluppare l'erisipela.

Questi due momenti eziologici, presentatisi con una costanza veramente notevole, mi bastano a capire la genesi dell'erisipela in quei casi pei quali non poteva invocare la trasmissione del contagio per via diretta.

Parlare qui a lungo di tutte le cause che portano al ristagno dei secreti delle ferite, mi porterebbe lontano dall'argomento. Mi limiterò ad accennare le suture di qualunque forma e le fasciature unitive che, tenendo aderenti i margini dei lembi, lasciano sotto a questi ultimi ben soventi delle saccocce nelle quali i liquidi che gemono dalle ferite, han tutto l'agio di accumularsi e decomporsi.

Il fatto accennato dal Billroth (1) *che le risipole sono sopratutto frequenti dopo l'estirpazione dei lipomi*, mi pare facilmente spiegabile solamente se si pensa che il lipoma, in grazia delle molte propagini che abitualmente spinge in varii sensi nel tessuto in cui si è sviluppato, lascia, dopo la sua estirpazione, delle saccocce dove il sangue od il pus facilmente si accumulano e si decompongono.

Così pure, una ferita il cui secreto si condensi in una crosta sotto la quale il rimanente della secrezione,

(1) Billroth — *Pat. Gen. Chir.*

Digitized by Google

non potendo liberamente scolare, si accumuli e possa putrefare, presenta condizioni favorevolissime allo sviluppo della risipola.

Non sono solo i lipomi, ma i tumori in generale che, dopo la loro estrazione, fanno correre a' malati il pericolo di venire côlti dalla risipola. Trovo infatti in una statistica del Billroth che su 74 risipole avvenute nella sua Clinica nel 1869-70, ben 35 si osservarono in seguito ad estirpazione di tumori tra i quali figurano 9 tumori del seno (1).

B. v. Langenbeck dal 1° maggio 1875 al 31 luglio 1876 ebbe ad osservare nella sua Clinica 50 casi di risipola. Di questi 50 casi 24 avvennero dopo l'estirpazione di tumori (2).

Volkmann nel 1873 nella Clinica di Halle su un totale di 32 risipole ne ebbe 6 dietro estirpazione di tumori, fra i quali in 5 casi trattossi di cancro alla mammella (3).

Nella Clinica chirurgica di Zurigo dal 1860-67 su 34 estirpazioni del seno si ebbero 10 risipole (29.4 p. %) e nel 1867-71 su 22 estirpazioni del seno si ebbero 8 risipole (36,3 p. %); mentre che nelle grandi amputazioni, il numero dei casi di risipola non arrivò che a 9,2 p. % nel primo periodo di tempo, e a 7 % nel secondo (4).

Nella Clinica chirurgica di Torino, diretta dall'esimio Prof. L. Bruno, dei 40 casi di risipola avvenuti

(1) Billroth — *Chirurgisce Klinik in Wienn* 1869-70 — Berlin 1872

(2) B. v. Langenbeck — *Archiv. für Klinische Chirurgie XXI Bd. Supplement Heft.*

(3) Volkmann — *Beiträge zur Chirurgie ecc.* già citato.

(4) Krönlein — *Die offene Wundbehandlung nach Erfahrungen aus der chirurgishce Klinik zu Zürich.* Zurich 1872.

Digitized by Google

dal settembre 1876 all'agosto 1878, ben 23 riguardano ammalati in cui la risipola si sviluppò dietro esportazione di tumori. Nella sezione Donne, sopra un totale di 18 risipole, ne ebbimo 15 successive ad estirpazioni di tumori, tra cui figurano, per 10 volte i tumori alla mammella. Enucleato un tumore, specialmente alla mammella, e praticata una sutura completa, al di dietro di questa resterà sempre una cavità corrispondente al posto prima occupato dal tumore. In detta cavità e sangue e marcie hanno tutto l'agio di accumularsi; e se con un' adatta medicazione non se ne favorisce lo scolo, lo sviluppo di un' erisipela è quasi certo.

Così le risipole alle quali ho ascritto come *momento eziologico* il ristagno di sangue versato e decompostosi sotto ai lembi, avvennero, in massima parte, in seguito ad operazioni praticate sulla faccia e sulla mammella. Ora egli è noto come la ricchezza di vasellini sanguigni in queste regioni renda molto difficile il frenare *completamente* l'emorragia, di guisa che, sovente, si fa la sutura quando dal fondo della ferita geme ancora un poco di sangue che non potendo, a motivo della sutura, uscire al di fuori, ristagna sotto ai lembi, e putrefà.

Tra i casi che ebbi ad osservare ne trovo degli eloquentissimi, come si vede dal quadro sinottico che ho annesso a questo lavoro.

Il malato segnato nel quadro col N° d'ordine 6, era colpito da risipola il giorno dopo l'operazione. Trovo nelle mie note che la sera del giorno in cui venne praticata l'operazione comparve una emorragia dalla ferita, che fu frenata praticando qualche allacciatura. Frenata l'emorragia, si fece sutura nodosa dei lembi, mentre al mattino, erasi lasciata la ferita aperta. Nella notte stillò ancora del sangue che, a motivo

Digitized by Google

della fatta sutura, non potendo uscir fuori, s'accumulò sotto ai lembi. Al mattino successivo, come dissi, s'era già sviluppata la risipola.

Il malato segnato col N° 11 ebbe pure risipola il giorno dopo aver riportato le ferite al capo che eransi riunite suturando i lembi e rinforzando la sutura con listerelle di cerotto diachilon. Trovo nelle annotazioni prese al mattino in cui vedemmo la risipola che, *tolte le listerelle emplastiche e alcuni punti di sutura, venne fuori da sotto ai lembi dello siero nerognolo contenente molti piccoli grumi di sangue decomposto, d'odore fetido.*

Nel malato segnato col N° 13, esplorando il moncone il giorno in cui comparve la risipola si trovò sul bordo interno di quello *una tumefazione che scomparve sotto la pressione del dito, e nello stesso tempo si vide uscire del pus dalle labbra della ferita.* Trattavasi adunque di una saccoccia purulenta che si credette bene spaccare per prevenire delle recidive.

Così pure i malati segnati coi numeri 18 e 22, operati entrambi di tumore al testicolo mediante l'esportazione, e successiva sutura, ci mostrarono, all'epoca della comparsa della risipola, delle saccocce limitate dai lembi suturati, nelle quali pus misto a sangue stagnava e putrefaceva.

Esempi ancora più spiccati si presentarono nella sala delle donne.

Un'ammalata a cui si era esportato un cancroide dell' ala destra del naso, coprendo il difetto con un lembo anaplastico, due giorni dopo l'operazione mostrava risipola estesa a tutta la faccia. Contemporaneamente si potè constatare, al disotto del lembo, la presenza di poche gocce di pus icoroso fetentissimo le quali, premendo col dito sul lembo, vennero fuori da uno degli angoli della sutura.

Digitized by Google

Analogamente procedettero le cose in un'altra ammalata operata di epitelioma alla guancia destra con successiva autoplastia. È segnata nel quadro col N° 2.

L'unica ammalata che venne operata d'ateromi al cuoio capelluto ebbe forte risipola che dal 6/11 76 durò fino ai 10: ai 15 si aveva una recidiva e si constatava una raccolta marciosa sotto i lembi di una delle spaccature fatte per vuotare gli ateromi. Dato esito al pus, la risipola scompariva rapidamente. V. N° 4.

Nell'ammalata segnata col N° 5, dopo estirpato l'adenoma alla mammella e frenata la lieve emorragia con qualche minuto di compressione, si avvicinarono, fino a combaciare esattamente, i bordi della ferita tenendoli riuniti con liste di cerotto adesivo. Era il 28/4 77: il 30 dello stesso mese compariva risipola. Tolte le liste e divaricatasi la ferita uscinne *del pus di colore bruno mescolato a molti piccoli coaguli sanguigni.*

Voglio menzionare anche un caso che potei osservare fuori della Clinica. Si estirpava ad un ammalato un cancroide dal solco naso-geniale di sinistra, e si copriva la ferita risultante con uno spesso strato di filaccica asciutta, alla quale si sovrapponeva una compressa in quattro doppi, tenendo il tutto a posto con parecchi giri di benda. Nel dopo pranzo avveniva una lieve emorragia che tingeva in rosso il bendaggio. L'indomani s'aveva già la risipola che, tolto il bendaggio e fatta una medicazione a piatto, si domava in pochi giorni.

Nell'ammalata segnata col N° 16, quando comparve risipola sulla coscia si trovò, palpando col dito lungo la sutura, una piccola saccoccia marciosa. Si tolse un punto, si diede esito alla piccola quantità di pus stagnante, e poche ore dopo l'ammalata stava meglio.

Digitized by Google

Riferisco alquanto più distesamente un caso che mi pare molto dimostrativo.

La signora D. F. d'anni 65, nata e domiciliata in S. Damiano d'Asti, veniva ricoverata come pensionaria il 28/1 78, per essere operata di fibroma alla mammella sinistra. Si esportava il tumore il 1° febbraio, si allacciavano 3-4 arterie con catgut, indi, lavata la ferita con soluzione di cloralio 2 0[0 e collocati due tubi di drenaggio, si praticava sutura intercisa e si faceva bendaggio compressivo. Trovo nel mio diario:

3/2 78 — La ferita non suppura: pare tenda a cicatrizzare per prima intenzione.

5/2 — Leggera risipola attorno alla ferita. Premendo sulla mammella, esce dai tubi di drenaggio del pus che si era accumulato nella cavità lasciata dal tumore.

7/2 — Risipola scomparsa.

La sera del 7/2 si toglievano i tubi a drenaggio. Il giorno seguente si notava nuovamente risipola. Intanto si era fatta l'osservazione che la sutura cadeva precisamente sul bordo inferiore della floscia mammella di modo che quest'ultima, gravitando per proprio peso sul torace, provocava una chiusura forzata delle labbra della ferita per cui veniva ostacolato il libero scolo delle marcie. Si ricorse tosto ad un bendaggio che sostenesse alta la mammella e, facilitato lo scolo del pus, la risipola scompariva rapidamente. Il 10/2 nuova recidiva: la mammella era ricaduta e la risipola di nuovo comparsa. Rifatto il bendaggio, ai 14 la risipola era di nuovo scomparsa. Il bendaggio si spostava ancora una volta lasciando ricadere la mammella, e ancora una volta insorgeva risipola, cioè al giorno 18. Tutte le volte, la risipola fu piuttosto leggera

Digitized by Google

e, siccome scompariva tosto quando se ne allontanava la causa, fu poco disturbato l'andamento della ferita verso la guarigione che si effettuava in fin di febbraio.

Ho citato i casi che mi sembrarono più spiccati ed ora finisco questa rassegna con riferire di un caso che mi capitò fuori dell'ospedale.

Una sera dello scorso giugno veniva chiesto a medicare una signorina che si era ferita al naso battendo con impeto e imprevedutamente contro un'invetriata che si ruppe sotto l'urto. Constatai una ferita a bordi netti, della lunghezza di circa 4 cm., che intersecava obbliquamente il dorso del naso. La ferita interessava la cute e superiormente si prolungava in un seno sottocutaneo diretto verso l'angolo interno dell'occhio destro. Assicuratomi collo specillo che nessun frammento di vetro si trovava sotto ai lembi, indi frenata con compresse fredde la lieve emorragia, volendo procacciare alla paziente una cicatrice il meno appariscente che fosse possibile, praticai una sutura nodosa piuttosto fitta, sperando in una riunione per prima intenzione. L'indomani trovai nulla di notevole. Due giorni dopo, chiamato presso l'ammalata, la trovai in preda a forte febbre, colla faccia gonfia per risipola che si estendeva dal labbro superiore al limite dei capelli. Tolsi immediatamente la sutura e trovai aderiti i margini nella loro metà superiore mentre inferiormente, dove non s'era fatta aderenza di sorta, divaricatisi i lembi, uscirono dal di sotto di essi alcune gocce di *un liquido denso, color cioccolatte, puzzolentissimo.* Prescrissi bagnuoli locali e una soluzione al 2[0] di cloralio idrato da siringarsi più volte al giorno nella ferita per detergerla. In capo a quattro giorni la risipola era scomparsa, e la guarigione completa avveniva rapidamente.

Digitized by Google

Tutti i fatti suaccennati parmi parlino abbastanza chiaramente in favore dell'idea che egli è proprio il ristagno e la successiva decomposizione del sangue e del pus che, in molti casi, provoca la risipola. Non fa bisogno che la quantità di sangue o pus putrefacientesi sia rilevante; bastano poche gocce a produrre l'effetto. Ma quello che parla più di tutto in favore dell'idea suespressa si è il fatto che queste raccolte dei secreti preesistono alla comparsa della risipola, e che questa decresce prontamente quando, vuoi praticando una controapertura, vuoi togliendo sollecitamente parte o tutti i punti di sutura, si dà esito al liquido stagnante e si impediscono ulteriori accumulazioni del medesimo.

Riepilogando dirò che i fatti di cui ho tenuto parola mi fanno conchiudere per l'esistenza di tre maniere di prodursi della risipola. Queste maniere furono già accennate dall'Hueter (1) che ammette: 1° l'infezione primaria per trasporto del contagio; 2° un'infezione intermediaria per sangue putrefacientesi; 3° un'infezione secondaria per decomposizione del pus.

Questi tre modi di svilupparsi dell'erisipela mi conducono a qualche considerazione sul *virus* che la suscita. Si sono visti attaccati successivamente da risipola ammalati con ferite che offrivano le condizioni pel ristagno del pus e del sangue, ed ammalati con ferite piccolissime ed affatto superficiali; mentre nello stesso tempo, nella stessa sala, e quindi nella stessa atmosfera, altri ammalati con ferite ampie, ma nelle quali i secreti non istagnavano, ne andarono completamente immuni. Questi fatti, ripetutamente osservati, mi fanno credere che il *virus* che suscita

(1) Hueter, *loc. cit.*

Digitized by Google

la risipola non si trovi nell' aria tale e quale, che altrimenti, parmi, lo sviluppo dell' erisipela dovrebbe farsi in ragione diretta dell' ampiezza delle piaghe. Ammetterei piuttosto che nell' aria trovinsi i germi del *virus*, *ma non ancora sviluppati*, germi che non avrebbero influenza sopra una piaga detersa, dove non istagna nè pus, nè sangue, ma che troverebbero, in una piaga che presenta condizioni opposte, tutti gli elementi necessarii al loro sviluppo ulteriore, ed allora si formerebbe il vero *virus erisipelatogeno* il quale, trasportato già bell'e formato su di una piaga anche pura, vi determinerebbe tosto l'erisipela.

Restringendo ancora, si possono ridurre a due le forme di sviluppo della risipola: 1° sviluppo *autoctono;* 2° sviluppo in seguito a *trasporto del virus.*

(Continua).

RIVISTA DI GIORNALI ED OPERE

I. **La digestione usata quale metodo istologico.** — II. **Sopra una nuova parte costitutiva del sistema nervoso;** del dott. A. Ewald e W. Kühne *(Heidelb. naturhistor. med. Verhandl.* I, fasc. 3, 16 pag.) — *(Annali Universali di Medicina e Chirurgia,* Milano).

I. Dopo avere gli Autori esposto ciò che succede della pepsina e della tripsina allorchè vengono a contatto coi varii materiali che compongono l'organismo, passano in rivista le modificazioni varie, che i varii tessuti subiscono morfologicamente in seguito all'azione su di essi esercitata dalla tripsina. E così: 1) i

Digitized by Google

tendini si sciolgono in fasci di egual diametro trasversale, e questi in fibrille: le altri parti spariscono, eccetto i nuclei che rimangono isolati l'uno dall'altro e molto debolmente attaccati ai funicoli fibrillari. 2) Il tessuto alveolare del mesentere si comporta come il tendineo, scompare l'endotelio, solo si trovano i nuclei isolati. 3) Nel tessuto adenoide non resta che un reticolo di fibre così sottili da essere appena riconoscibile, scompare il resto. 4) Nella cornea si scioglie la membrana di Descemet, cade l'epitelio, le cellule corneali non lasciano che i nuclei gonfiati, tra fasci incrocicchiantisi di fibrille tenuissime. 5) Nelle cartilagini ialine rimangono nuclei molto modificati in una sostanza fondamentale granulosa e rammollita; la cartilagine fibrosa non presenta più che delle fibrille, e nella cartilagine elastica succede lo stesso che nella ialina, solo vi si osserva una rete di canali corrispondente al reticolo elastico scomparso. 6) Le membrane aniste scompaiono affatto. 7) Le fibre elastiche si rigonfiano ai margini, si spezzano lungo il loro asse. 8) Il fegato è così ridotto che non rimane più di esso che una piccola massa composta di nuclei e sostanza collagena. 9) Dei muscoli non restano che i nuclei ed una massa in cui si può ancora talvolta trovare i resti delle fibre nervose midollari ed il connettivo. 10) Nella lente si separano grossi tratti corrispondenti alle linee, che formano le stelle della lente e questi tratti continuando l'azione della tripsina si decompongono nelle note fibre a margini dentellati. 11) Gli epitelii delle mucose si staccano dai tessuti sotto giacenti, rimangono intatti i nuclei mentre scompaiono prima il protoplasma granuloso, quindi l'inviluppo, più tardi l'orlo basale e le ciglia vibratili. 12) Nell'epidermide cade prima il reticolo Malpighiano e nel pelo la guaina esterna della radice, quindi si isolano le cellule spinose. — Negli strati cornei le cellule diventano chiare, trasparenti, come cave, e munite di doppi contorni, i quali racchiudono fra di loro uno spazio che si fa sempre maggiore a danno della cavità che essi circondano, di mano in mano che si avvicinano agli strati più superficiali. Il tessuto corneo piglia quindi l'apparenza di una rete formata di grosse corde, di cui le più voluminose sono quelle rivolte verso la parte esterna. Questo vale per la sostanza delle unghie, delle corna e pei peli.

Digitized by Google

Per cui si può concludere che per mezzo la digestione nella tripsina si vengono ad isolare fibrille e reticoli collageni, sostanza cornea e nuclei.

II. Il tessuto nervoso è dotato della più grande resistenza all'azione della pepsina e della tripsina; non v'ha che la sostanza cornea che divida con lui questa proprietà.

Trattando una fibra nervosa colla tripsina si rende evidente un sistema proprio, benchè poco sviluppato, di fibrille di natura collagena che si aggiungono alla guaina di Schwann e stanno alla di lei superficie esterna, e formano così un secondo involucro che permette che quelle fibre nervose in cui venne distrutta per mezzo della stessa tripsina la guaina di Schwann possono tuttavia trattenere il midollo che per la sua fluidità dovrebbe spargersi allo esterno. — Oltre a ciò, all'interno della guaina di Schwann avvi un'altra guaina che gli Autori chiamarono guaina cornea. Ma questo non basta; allontanando con opportuni reagenti il midollo, e sciogliendo il cilinder axis, si renderebbe evidente secondo gli Autori una seconda guaina cornea che circonderebbe il cilinder axis.

Queste due guaine cornee servirebbero di punto d'attacco e di sostegno a dei tramezzi, a doppio contorno, gozzuti, dotati di grande potere rifrangente, che sono tesi fra le due guaine cornee e che formerebbero, unendosi insieme in varie direzioni, quello che gli Autori chiamarono reticolo corneo, che attraverserebbe, così, lo strato di mielina. — La dimostrazione al microscopio delle due guaine e del reticolo corneo sarebbe secondo gli Autori cosa facilissima. Gli Autori hanno cercato invano la guaina cornea nelle fibre pallide, come non rinvennero reticolo corneo nei corpuscoli di Pacini, per cui sì quelle che questi scompaiono a contatto della tripsina. Trovano invece guaine cornee in fibre nervose del midollo addominale del gambero d'acqua dolce.

Gli Autori concludono che la sostanza cornea è molto sparsa nel sistema nervoso, essendone costituito, per lo meno in parte, il così detto tessuto connettivo della sostanza grigia.

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIA

L'UOMO DELINQUENTE

del Prof. C. Lombroso — 2ª edizione in 8°, Torino, Bocca editore

L'autore dichiara nella sua prefazione che questa per le molte aggiunte e mendature introdottevi vorrebbe più che una seconda edizione, riuscire un'opera nuova; nuova certo almeno per l'indirizzo pratico e per l'applicazione alle questioni penali che intenderebbe abbracciare.

Quest'asserzione non è smentita dall'esame del libro ove sono aggiunte, oltre molte tavole, un gran numero di nuove monografie come quella sul suicidio dei delinquenti, sulla loro recidiva, sulla deportazione, sui riformatorii, sulla scrittura e letteratura, sui patronati, sui delitti per *passione*.

Quest'ultimo capitolo ha una grande importanza nelle cause criminali in cui frequentemente s'adduce per iscusa al reato la forza irresistibile o la violenta passione; egli ne trova diciasette caratteri, fra cui:

1° La rarità, non più del 5 per 100.

2° Il loro pentimento.

Cipriani, appena uccisa la moglie colta in adulterio, si getta dalla finestra.

Delitala è così pentito che subito dopo l'omicidio tenta il suicidio e dichiara che i giorni e buona parte delle notti crede di passarle coll'amata uccisa.

Humblot uccide l'adultera moglie Flamme, ma, appena ridotta cadavere, l'abbraccia, la bacia e cerca di morire di fame.

Bancal non volea lo si distaccasse dal corpo dell'uccisa amante; egli, appena era morta, s'infisse un bistourì fino al manico nel petto; e, sopravvissuto suo malgrado, due volte si riapriva le ferite.

3° Quindi all'inverso dei comuni delinquenti, non solo non si procurano, costoro, l'alibi, non solo non nascondono il proprio

Digitized by Google

delitto, ma si compiacciono confessarlo ai giurati ed ai giudici, come per calmare il dolore ed il rimorso.

Marino, appena uccisa la sua bella, si costituisce ai carabinieri.

Verani, appena morto il rivale adultero e ferita la moglie, corre in vettura a consegnarsi.

4° Questi sciagurati, prima del delitto, erano conosciuti e stimati per vita illibata, tali erano Curti, Bancal, Bouley, Guglielmotti, Cipriani, ecc.

Le lettere alla madre di Bancal fanno piangere di tenerezza.

Il Quadi era ed è così onesto che anche dopo la condanna serbò la sua posizione onorata nel mondo, per il che l'A. dovette modificarne il nome.

Delitala era, come diceva il suo capitano, matto all'eccesso, ma buono e tutt'altro che sanguinario.

Busalla, fratricida per collera, al di fuori della mania dei litigi, era un eccellente figliuolo; e onestissimi erano il Cotrino ed Armando, uno uxoricida, l'altro parricida per gelosia; e il Guglielmotti e la Leoni e la Camicia, ecc.

5° Sono commessi tutti da individui di età giovanissima: Bancal aveva 27 anni; Ferrand, 18; Quadi 22; Delitala, 24; Bouley 25,

6° Questi rei sono d'animo non solo non apatico come è il più dei veri rei, ma eccessivamente delicato e sensibile.

Il tenente Delitala è innamorato così pazzamente della Minia Quesada che per poterla vedere abbandonava la milizia, a cui da 16 anni era addetto, e, quando non poteva parlarle, accostava le orecchie al muro della casa e si consolava nel sentirla passeggiare (*Gazzetta dei Giuristi*, 1854).

Perciò tutti costoro, dopo e appena arrestati, lungi dal mostrare l'impassibilità, marmorea, degli assassini, sono estremamente, quasi pazzamente, commossi.

7° Le passioni che li spinsero al reato non sono di quelle che sorgono gradatamente nell'organismo a cui si può più o meno porre un freno, come l'avarizia e l'ambizione, ma di quelle che scoppiano improvviso come l'amore, la collera, ecc.

8° Vi è sempre un rapporto costante tra il delitto e la causa impellente.

Digitized by Google

9° Questa data da poco tempo.

10° Il reato non è mai eseguito di nascosto nè con complici nè con armi da lungo tempo preparate.

11° Spesso sviluppano una forza straordinaria come Verzeni, Varani nel momento del reato, forza che non hanno poi nei tempi ordinarii.

12° Spesso procedono pazzescamente colpèndo a diritta, a sinistra e fino persone innocenti.

Il Busalla, onesto del resto, ma che aveva la manìa dei litigi, e uccide il fratello, perchè vuol farlo rapacciare con un amico; come il Delitala e l'Abbado di Diano, che avevano già commessi, prima dell'omicidio, chiari atti di pazzia.

Caussereau, povero tipografo, ignorante, con moglie e figli, aveva la passione della numismatica, che non era giustificata nemmeno da sufficienti cognizioni; comperava sempre medaglie appena aveva qualche soldo: ridotto in miseria, non potendo resistere alla passione, ne rubò prima quattro o cinque, poi fin sessantatre, dallo stesso mercante che gli aveva venduto prima le altre; arrestato, confessò, pentito, il suo fallo.

Vi contribuisce, anche, lo stato selvaggio che rende incline al coltello, alla vendetta, che facendo apparire come gravissime le minime cause, toccanti all'onore, moltiplica i delitti per passione. Questo si osservò in Sardegna e in Corsica, ove le minime contestazioni, i semplici rifiuti di matrimonio, fino le denuncie di furti si terminavano a colpi di fucile e pistola, che poi si dovevano vendicare sugli autori e sui loro congiunti' non escluse le donne e gl'inermi sacerdoti. In questi casi anche le uccisioni per vendetta assumono il carattere dei delitti di passione, perchè quasi sempre eseguite in pieno giorno, con arme propria, senza agguato, nè complici, nè sicario, mai col veleno, mai per cupidigia Quindi su cento delitti, in Corsica, ben settantasette erano contro le persone (Riboquel: *Crimes commis dans la Corse*, 1842, Paris).

Curioso è il capitolo sulla scrittura, in cui l'Autore, aiutato da da molti *fac-simili*, tentò di darci un tipo della scrittura di costoro e di cavare le differenze dagli scritti dei pazzi.

Digitized by Google

Molto pure deve interessare in questi momenti di riforme penali lo studio dell'Autore sulle deportazioni, sui patronati e specialmente sulla libertà condizionata, graduatoria e sulle cause che la fecero credere tanto utile, mentre nel fondo pare, secondo l'Autore, non lo sia.

Una parte veramente utile per la pratica medico-legale è quella costituita da una serie di studii pratici così psicologici come somatici eseguiti da lui e dai dottori Berti, Biffi, Fiore, Perotti, Ziliotto, avv. Salina, prof. Tamburini, prof. Zanca, dott. Raseri, avv. Borgomaneri, Moino, M. Tenchini, U. Pagliano, ecc., sopra delinquenti, sopra alienati criminali e sopra forme intermedie tra il delitto e la pazzia col metodo sperimentale.

Qnesti studii offrono così un fondamento positivo per distinguere il delinquente dal pazzo; dànno l'applicazione pratica ed immediata delle teorie esposte nel testo e porgono un materiale abbondante pei penalisti e pei pratici, i quali seguaci involontari del sistema sperimentale, durante la discussione di una causa importante e molto dibattuta hanno bisogno di vedere cosa si sia fatto e concluso nei casi analoghi.

Fra queste perizie ci parve bellissima una del Berti che ci ha pennellato da maestro un vero tipo di delitto per passione, ed una del Biffi che in poche pagine ci dipinse un tipo di pazzo criminale. Interessanti ci parvero pure alcune confessioni di ricoverati nei riformatorii.

Finalmente tutta la parte metafisica del diritto criminale è trattata con mano maestra e sugli stessi tracciati della scuola positivista onde informato è il libro del prof. avv. Poletti.

	ERRATA	CORRIGE	vedi num. preced.
Pag. 291 linea 5ª	*nucleato*	*nucleolato*	
» 9ª	*nucleo*	*nucleolo*	
» 28ª	*nucleati*	*nucleolati*	

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 42ª settimana dal 13 al 19 ottobre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	5	3	8	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	1	1	2	» tubercolose, scrofolose	3	5	8
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	5	»	5	» nervose	1	»	1
Difterite e croup	1	»	1	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	»	»	» calcolose	1	»	1
Vaiuolo	»	1	1	» scirrose, cancerose	1	1	2
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	1	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	4	2	6	TOTALE	50	31	81
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	9	3	12
Malattie chirurgiche e traumatiche	3	1	4				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 42ª settim.ª	59	34	93
Malattie dell'appar.º respiratorio	10	5	15	» nelle settim.ª precedenti	2828	2852	5680
» dell'apparato dell'alimentazione	5	6	11				
» dell'app.º cardio-vasale	4	3	7	TOTALE complessivo	2887	2886	5773
» del sistema nervoso	5	»	5				
» dell'app. uropoietico e genitale	»	»	»				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2503	2564	5067
Pneumatosi ed idropi	1	»	1				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 42ª settimana	63	70	133	5	5	10
Nelle precedenti	2876	2675	5551	230	141	371
TOTALE COMPLESSIVO	2939	2745	5684	235	146	381

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore COLOMIATTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Contribuzione allo studio della risipola delle ferite, specialmente per quanto ne riguarda la eziologia, la profilassi e la cura; per il Dott. **Bobone**, (Osservazioni raccolte alla Clinica operativa diretta dal Prof. L. Bruno).

Continuazione alla pag. 377, num. 12.

VI.

Parlare di cura della risipola in quei tempi, in cui non si aveva alcun concetto razionale della sua eziologia, assolutamente non si poteva, e noi vediamo fino a qualche anno fa che questa cura si racchiudeva negli strettissimi limiti dell'uso di qualche topico di poco valore e di rimedii interni destinati a combattere l'affezione in punti, dove non ne esistono nè la sede nè le origini. L'esito era nullo.

Quando lo studio dell'eziologia dell' erisipela fece appurare il fatto che questa ha sempre una *causa locale*, e che sempre incomincia dal punto dove ha sede

Digitized by Google

la causa, allora cominciò la terapia locale a mettersi in una via più razionale per arrivare a qualche risultato. Il carattere eminentemente contagioso del morbo fece abbandonare dai pratici quelle lozioni emollienti, quelle polverizzazioni di varie sostanze troppo innocenti; fece pensare a mezzi curativi più energici, in rapporto colla intensità e coll'essenza della malattia.

Che gli sforzi dei pratici siano andati a vuoto non si può più dire al presente; e quantunque ancor poco tempo fa l'Heyfelder (1) scrivesse che « *tutti i chirurghi sono d'accordo in questo punto che nessuna cura è capace di limitare o strozzare la risipola* » altri autori contemporanei, a forza di tentativi, riuscirono a trovare qualche mezzo veramente utile, la cui utilità io son lieto di aver potuto constatare al letto dell'ammalato.

Ma il più grande giovamento che la pratica abbia tratto della conoscenza dei momenti eziologici della risipola, fu quello di aver istituito, sopra basi solide e ragionate, un' energica profilassi, in forza della quale alcuni chirurghi scrivono che, da tempo, la risipola non compare più fra i loro ammalati.

Mettere gli ammalati non risipelatosi in condizioni tali da non poter venir contagiati, opporsi al ristagno ed alla decomposizione del pus e del sangue nelle ferite, ecco i precetti che devono formare la base principale di una efficace profilassi contro la risipola.

Per adempire al primo precetto si richiede un completo isolamento di quelli ammalati che, per avventura, fossero colpiti dal morbo.

(1) Heyfelder, *Chirurgia militare.*

Digitized by Google

Ricordiamo, per tacer d'altri, soltanto i fatti citati dall'Erichsen e dal Koenig, e ci convinceremo che non basta allontanare il malato infetto, ma bisogna anche curare che le persone destinate ad assisterlo non abbiano rapporti, se è possibile, con altri ammalati appartenenti agli scompartimenti chirurgici. In ogni caso, tutte le volte che si medica un malato con risipola, trovo razionale il precetto di lavare bene le mani, le pinze a medicazione e qualunque altro strumento che sia stato a contatto della piaga, con una soluzione al 5 per °|₀ di acido fenico, prima di accostarsi ad altri ammalati.

Dal momento che il virus *erisipelatogeno* si attacca non solo agli oggetti di medicazione, ma anche ai letti e specialmente alle cortine dei medesimi, agli abiti del chirurgo, degli allievi, degli infermieri, sono necessarie delle precauzioni anche da questo lato.

Riguardo ai letti, io sono completamente dell'opinione di coloro che vorrebbero bandito affatto da essi qualunque cortinaggio. Ammesso pure che, in qualche caso, le cortine sieno di qualche vantaggio, non v'ha dubbio che tale vantaggio è immensamente superato dai danni.

D'altra parte dato il caso che si renda desiderabile in qualche momento di circondare un letto con cortine, si potrebbe sempre farlo mediante un semplice drappo, senza frangie od altro, facilmente amovibile una volta cessato il bisogno. Ma quei panni, che stanno attorno ai letti per un tempo molto lungo, che tutti i giorni sono esposti ad essere lordati di sangue, di marcie, d'unguenti.... quei panni di cui certi ammalati non si peritano di servirsi come di una pezzuola qualunque, si fanno in tal modo i depositarii di una miriade di germi che sovrastano al povero

Digitized by Google

paziente e possono sempre infettarlo. Ritorno volentieri sul fatto già accennato per ripetere che la diminuzione della risipola nella Clinica Chirurgica nei mesi di luglio ed agosto, diminuzione che nel 1876 *un solo* fu tale che in questi due mesi non se ne osservò che *caso*, e non oltrepassò i due nel 1877, dipende in parte, secondo il mio modo di vedere, dalla rimozione delle cortine.

Se tali cortine, che ancora si osservano in molti Ospedali, sparissero una volta dalle sale chirurgiche, sono d' avviso che gli operati ed i feriti in genere, sotto il punto di vista delle malattie accidentali che possono colpirli, ci guadagnerebbero qualche cosa.

Quello che si dice delle cortine dei letti vale anche per le lunghe vesti che alcuni chirurghi abitualmente indossano durante le visite e le operazioni. Il Neudörfer nel suo lavoro sopra citato rampogna aspramente questo costume. *L'abito di operazione*, egli dice, *fu ed è ancora frequentemente la fonte d'un'infezione che, per lo meno, ha un'importanza tanto grande, quanto quella dei microrganismi che nuotan nell'aria.*

Il Volkmann, nei giorni in cui opera molto, va fino a cambiare per tre volte l'abito da operazione, indossandone sempre un altro fresco di bucato.

Anche gli stessi pezzi da medicazione possono essere gli agenti del trasporto sulle piaghe dei germi infettivi; donde la necessità di tenerli discosti dai luoghi dove possono impregnarsi di questi germi, evitando che vengano toccati dagli ammalati, e specialmente, che vengano trascinati dall'uno all'altro letto prima di andare a coprire le ferite.

Digitized by Google

Ma un' importanza non minore, per quanto riguarda la profilassi della risipola, si ha da riporre in certe norme nel condurre le operazioni e nel procedere alle medicazioni degli operati. Vi sono delle particolarità che si direbbero inezie, sottigliezze di tecnica, che non meritano che ci si badi poi tanto, e che pure tuttavia si sommano ai danni del malato, se vengono trascurate. In generale, il chirurgo non avrà mai a lagnarsi di essere stato troppo pedante, e credo che in questa parte si possa dire che la pedanteria è piuttosto una virtù che un difetto.

Parlando della eziologia, ho accennato a molti fatti che provano come in buon numero di casi, la risipola deve la sua origine a ristagno e decomposizione del pus, o del sangue, o d'entrambi, nelle ferite. Ciò posto, l'indicazione profilattica viene da sè: *bisogna, sia riguardo all'operazione che alla medicazione, curare che lo scolo dei secreti della ferita si faccia nel modo il più completo possibile.*

Ho accennato più in alto a saccocce purulenti, la cui esistenza coincide collo svilupparsi dell'erisipela. Orbene, nell'operare, quando ragioni particolari non obbligano il chirurgo a tagliare in punti determinati ed in determinate direzioni, sarà prudenza il condurre i tagli in maniera da evitare, per quanto si può, la formazione di cavità che possano essere riempite dai secreti in discorso. Ciò vale specialmente nel caso di estirpazione di tumori; più sarà declive il punto in cui cadono i tagli, e più sarà facile lo scolo dei secreti.

Quando, compiuta un' operazione si constatasse l'esistenza di una saccoccia, che non si è potuto a meno di produrre, parmi bene il praticare sia col bisturi, sia con un trequarti di Chassaignac, una contro-

Digitized by Google

apertura. Questa piccola aggiunta non accresce sensibilmente la gravità dell'atto operativo, anzi toglie il malato da un pericolo, e dispensa il chirurgo dal praticarla più tardi, per dar esito ai secreti che necessariamente si accumuleranno in quel seno.

Per quanto concerne certe operazioni speciali, per esempio, lo svuotamento degli ateromi del cuoio capelluto, operazione che è frequentemente seguìta da risipola, il Tillaux (1) consiglia di *estisparli col caustico* sopratutto quando sono grandi; *cette méthode mettant plus surement le malade à l'abri de l'érisipèle.*

In generale, appena terminata la parte più essenziale di un atto operativo, si pensa alla riunione dei lembi che si sono formati. Non voglio negar che la sutura *completa* dei lembi qualche volta riesca a dare guarigioni per prima intenzione; sono casi fortunati che talora si verificano e che non possonsi misconoscere. Ma questi casi sono rari, troppo rari per non considerarli come eccezioni e nulla più; mentre il più delle volte, accidenti consecutivi ci obbligano a tor via i punti prima che siasi fatta l'adesione completa dei lembi.

Questa pratica di fare la sutura completa dei lembi fu già biasimata dal Dupuytren, come quella che imprigiona il pus nelle ferite generando infiltrazioni ed ascessi. L'illustre chirurgo francese si appoggia ai risultati ottenuti nella sua pratica, la quale gli ha dimostrato che « *plus on prendra des soins, des précautions pour fermer plus exactement la plaie, moins on aura des succès* » (2). Ed è pure cogli stessi inten-

(1) Tillaux — *Anat. Topografique*, pag. 5.
(2) Dupuytren — *Leçons orales de Clinique chirurgicale.*

Digitized by Google

dimenti che O. Weber, parlando degli ateromi al capo, consiglia di non cucire completamente la ferita risultante dalla loro enucleazione, ma di lasciarvi un foro conveniente per l'uscita del pus che quasi immancabilmente si forma. Riconosce questa pratica come una misura profilattica contro l'erisipela (1).

Fortunatamente al giorno d'oggi questo precetto di non fare la sutura completa dei lembi è quasi generalmente seguìto. L'applicazione fatta dallo Chassaignac dei tubi a drenaggio ha aperto la strada ad un nuovo genere di medicazione la quale, a parer mio, di tutte le medicazioni *non antisettiche* è quella che dà i migliori risultati. Uno o più tubi di drenaggio messi nella ferita permettono di suturare i lembi fino al punto d'uscita di essi tubi senza che ne risultino i pericoli che genera la sutura senza drenaggio. Imperocchè se i tubi sono collocati a dovere, i secreti della ferita potranno, attraverso a quelli, venir fuori senza accumularsi dietro ai lembi.

Le osservazioni fatte nella Clinica Chirurgica di Torino hanno dimostrato una volta di più che, nel collocamento dei tubi suddetti, ci vogliono delle precauzioni.

L'estremità del tubo che sta nella piaga non deve arrivare fino a toccarne il fondo, perchè altrimenti lo scolo del pus resta molto difficoltato, non potendo effettuarsi pel foro principale che è appunto il lume del tubo. Questo succederebbe nel caso che si impiegassero tubi soverchiamente lunghi, nel qual caso, come più volte mi ha fatto osservare il dott. Novaro, non è raro un altro inconveniente, che consiste nel piegarsi il tubo ad angolo, di modo che esso non

(1) O. Weber — *Loc. cit.*

Digitized by Google

funziona più. I pertugi laterali del tubo, aiutano sì, ma non assicurano lo scolo; infinite volte ho trovato questi pertugi otturati da pus cremoso o da coaguli.

L'estremo anteriore del tubo non deve uscir molto fuori della ferita, ma arrivare solo a fior di pelle; in caso contrario, l'apparecchio a medicazione lo comprime ed ottura ripiegandolo al di sopra dei lembi cutanei, oppure spinge il tubo fino a toccare il fondo della ferita impedendogli di funzionare e generando, per di più, molestia al malato.

Per fissare l'estremo anteriore del tubo a fior di pelle ho visto nella nostra Clinica praticare con pieno successo il metodo del Thiersch che consiste nell'attraversare con uno spillo il tubo unitamente ai due bordi della ferita che gli stanno in rapporto e nel tagliare colle forbici la parte eccedente di quello.

Si capisce che un tubo collocato in modo che il suo estremo interno sia in un piano più basso dell'estremo esterno funzionerà poco o niente: si dànno però dei casi nei quali il tubo, comunque diretto, viene necessariamente a trovarsi in queste condizioni.

In tali casi, che si presentano di preferenza dopo la estirpazione di tumori del seno, il Thiersch passa addirittura, mediante il trequarti del Ghassaignac, un tubo a drenaggio rasente la parete toracica facendolo uscire in corrispondenza del limite inferiore della mammella. Il tubo allora si trova nelle condizioni le più favorevoli per lo scolo delle marcie e permette quindi di unir ermeticamente, colla sutura, i lembi della ferita praticata, senza timore che il pus stagni dietro ad essi.

A misura che la cavità si restringe viene la necessità di andare man mano accorciando i tubi, i quali

Digitized by Google

ultimi sarà mestieri, di quando in quando, estrarre e lavare in una soluzione di acido fenico sia per disinfettarli, sia, sopratutto, per liberarne il lume e i pertugi laterali da possibili otturamenti per sostanze coagulate. Ciò fatto, si rimetteranno a posto, sicuri che funzioneranno bene.

Il collocamento dei tubi a drenaggio, oltre i vantaggi suindicati, permette ancora di fare, al bisogno e con poca molestia del paziente, lavatura dell'interno della ferita con liquidi disinfettanti.

Ora debbo dir che, malgrado questo genere di medicazione col drenaggio, ho visto qualche volta insorgere la risipola. Ma mi affretto pur anche a notare che la risipola, in questi casi, fu sempre d'indole benigna, e si potè *sempre* constatare che i tubi, o per essere troppo lunghi od otturati da qualche coagulo, non funzionavano a dovere; e che, ristabilita la funzione dei tubi, la risipola cedette rapidamente.

Ho detto che la medicazione fatta col drenaggio ha, per rapporto alla profilassi contro l'erisipela, dei vantaggi sulle altre medicazioni.

Infatti, la *medicazione aperta*, che, a prima vista, sembra offrire tutte le condizioni perchè il pus ed il sangue possano liberamente scolare fuori della ferita, dà luogo soventi a sviluppo di erisipele. Questo fatto l'ho potuto riscontrare nella nostra Clinica e l'ho trovato, in un libro che mi venne di recente nelle mani, confermato dal Krönlein nella Clinica di Zurigo.

Il Krönlein, paragonando la cifra procentica dei casi di risipola riscontrati prima del 1867, e di quelli riscontrati dal 1867-71, epoca, quest'ultima, nella quale si praticò la medicazione aperta, ha trovato che questa cifra da 3,7 °[o] è salita a 5,5 °[o]. Riconosce pertanto la coincidenza di questo aumento delle risi-

Digitized by Google

pole coll'adozione del metodo di medicazione aperta: *es unterliegt darnach keinem Zweifel, das die Erysipelasfälle im Zeitraum der offenen Wundbehandlung häufiger waren, als im vorangegangenen Zeitraum;* ma, tuttavia, crede che quest'aumento dei casi di risipola sia per nulla in rapporto col genere di medicazione (1). Eppure è dimostrato dal fatto che la medicazione aperta dà luogo, sovente, a croste formate per l'essicamento del secreto sulla superficie della piaga. Se questo essicamento sia prodotto unicamente perchè una parte dell'acqua dei secreti, svaporando, li condensi; oppure se, come vuole il Neudörfer, influisca a produrre tale essicamento l'ossigeno dell'aria atmosferica, è una quistione che non riguarda il mio argomento. A me basta il fatto che queste croste spesso si formano, e che sotto ad esse si accumula sovente del pus che non può uscire e che quindi putrefà, per ispiegarmi sufficientemente il modo con cui può insorgere una risipola nei casi in cui si pratica la medicazione in discorso.

Altre volte si usa tenere aderenti i lembi delle ferite con liste di cerotto adesivo. Il Guerin biasima questa pratica dicendo che queste listerelle, quando si tolgono, lasciano la pelle coperta di « *materie emplastiche* » che sono state considerate dai chirurghi che le usarono come « *predisponenti all'erisipela* » (2). Per mio conto, io do al fatto un'altra interpretazione. Gli inconvenienti della medicazione colle listerelle emplastiche sono gli stessi di quelli della sutura: in entrambi i casi si chiude il lupo nella stalla. Io trovo

(1) R. U. Krönlein. — *Die Offene Wundbehandlung, etc.* Zurich 1872, pag. 134.

(2) G. Guerin — *Chir. Operat.*, pag. 94.

Digitized by Google

più logico l'attribuire al ristagno e decomposizione del pus nella ferita quelle risipole che si vollero da altri considerare come prodotte dalle materie emplastiche che entrano nella composizione del cerotto adesivo. Come possano queste sostanze emplastiche per se sole produrre l'erisipela, veramente non arrivo a capirlo.

La medicazione ovattata di A. Guerin, detta anche *bendaggio per occlusione*, buona sotto molti rapporti, non può salvare dal pericolo dell'erisipela. Ammettendo che lo spesso strato di ovatta filtri l'aria atmosferica, non si può negare che, al momento, in cui si applica il bendaggio, la ferita si è già trovata per qualche tempo in contatto coll'aria atmosferica non filtrata, e che, per conseguenza, possono già essersi deposti sulla piaga germi capaci di decomporre quel pus che la medicazione in discorso tiene necessariamente in contatto di quella.

Ma se la medicazione fatta coi tubi di drenaggio costituisce uno dei migliori mezzi profilattici contro lo sviluppo della risipola, è però di molto superata dalla antisettica medicazione del Lister. Non voglio tesser l'elogio della medicazione Lister, nè tampoco diffondermi nell'enumerarne tutti i vantaggi. Non farò nemmeno la storia delle cure fatte adoperando questa medicazione, sia nella Clinica, sia al di fuori; queste osservazioni sono state recentemente rese di pubblica ragione in una memoria dell'egregio Dott. Devecchi. Mi limiterò solo a considerare la medicazione Lister sotto il punto di vista della profilassi contro l'erisipela.

Frattanto posso asserire che in tutti gli ammalati in cui vidi applicata questa medicazione sia nell'Ospedale che nella pratica privata, *non si è verificato un solo caso di risipola.*

Digitized by Google

Però sotto questo punto di vista, non sono ancora divise da tutti gli autori le stesse opinioni.

Il prof. Dittel, nella seduta del 20 aprile 1877 all'Accademia di Medicina di Vienna, dando lettura di un suo lavoro sulla medicazione Lister, nel mentre riconosce che questa medicazione protegge contro certe malattie accidentali delle ferite, come, pioemia, ecc., dice che non impedì che la risipola si sia frequentemente osservata, e ne incolpa la medicazione istessa che « *come bendaggio d'occlusione porta ristagno del pus* » (1).

Il prof. Minich s'appoggia a statistiche di Bardeleben per conchiudere egli pure che la medicazione Lister non può salvare dalla risipola. Dice anche che nell'ospedale di Venezia, la cura usata da lui secondo il metodo Lister « modificato », cioè bagnando la garza nella soluzione di acido fenico, gli diede buoni risultati riguardo alla piemia, setticemia, gangrena nosocomiale, mentre *non può dire lo stesso per la risipola che occorse nella stessa proporzione come quando non usava il metodo Lister* (2). Il Minich ha per contro visto cessare completamente la risipola, quando alla medicazione Lister modificata sostituì la sua *nuova medicazione coi solfiti.*

Ma a combattere in favore della medicazione Lister sorgono altre autorità, rappresentate dai luminari della Chirurgia germanica.

Nell'ospedale di Monaco, sez. del prof. Nussbaum, dal 1° aprile all'ultimo maggio 1876, furono curati 803 malati tutti colla medicazione Lister. La risipola

(1) Dittel, negli Stricker's Jahrbüchers 1877. — III Heft.

(2) Minich, *loc. cit.*

Digitized by Google

si ebbe in soli 6 casi, quindi nelle proporzioni di 0.7 %. Bisogna notare che in questi 6 casi ne figurano 2 dei quali uno riguarda un ferito entrato *otto giorni dopo* la ferita ricevuta, e l'altro una ferita sulla quale *il bendaggio Lister si era disfatto* (1).

Volkmann (2) nel 1873, su un totale di 3351 malati tra clinica e policlinica, curati alla Lister, non conta che 32 risipole, cioè nella proporzione di 0.9 %.

Nella clinica di Friburgo, semestre d'estate 1876, durante la qual epoca si praticarono 14 resezioni e 3 grandi amputazioni, si ebbero in tutto 2 risipole (3).

Il prof. Bottini a Pavia nel 1877-78, applicando regolarmente il bendaggio Lister, non ebbe a riscontrare alcun caso di risipola.

Confrontiamo ora le statistiche delle cliniche suaccennate con quella di Langenbeck e quella di Torino dove non si fece la medicazione Lister.

Nella clinica diretta da B. von Langenbeck in Berlino, sopra 1250 ammalati, tra cui figurano 590 operazioni, si ebbero 50 casi di risipola: la proporzione quindi fu di 4 %. Nella statistica più dettagliata, troviamo:

Resezioni	34	con risipole	3
Grandi amputazioni	22	» »	0

Nella clinica chirurgica di Torino, dal 1° settembre 1876 al 1° agosto 1878, furono curati 590 malati con soluzioni di continuo comunicanti coll' esterno (non comprendo in questa statistica le fratture semplici, le lussazioni, qualche tumore non operato, ed

(1) V. *Centralblatt für Chir.* 1877, N. 30.
(2) Volkmann, *loc. cit.*
(3) Czerny, *Borlin Klin.* Woch 1876.

Digitized by Google

altre affezioni in cui non v'erano ferite). La statistica particolareggiata ci dà:

Cistotomie	31
Tracheotomie	7
Grandi amputazioni	8
Resezioni	3
Erniotomie	6
Esportazioni di tumori	83
Allacciature d'arterie	2
Ferite	225
Infiammazioni	175
Autoplastie	9
Fistole	28
Uretrotomie	8
Tenotomie	5
	590

Durante questo periodo di tempo, come fu notato sopra, si ebbero 40 risipole; la proporzione fu quindi di 6.7 %.

Come si vede chiaramente, la differenza è ben grande, e tutta in sfavore della nostra clinica.

Ora, se si considera che *nessuna risipola* si ebbe a notare in quei pochi ammalati che furono in clinica curati col metodo del Lister, si ha tutto il diritto di sperare che qualora venissero o dal Governo o dall'Amministrazione forniti i mezzi per far fronte alle maggiori spese che questa medicazione richiede (spese più apparenti che reali, in quanto che, mettendo questo metodo il malato al coperto dagli accidenti consecutivi alle operazioni e ferite in genere, dispenserebbe il chirurgo dal fare tante prescrizioni

Digitized by Google

farmaceutiche che pur si devono pagare), si potrebbe per riguardo alle malattie accidentali delle ferite, portare la clinica chirurgica di Torino al livello delle altre cliniche d'Europa.

Desidererei fare, anche sotto questo rapporto, un parallelo fra la medicazione all' acido fenico e quella all'acido salicilico. Ma non ho, riguardo a quest'ultima, che una statistica del Thiersch il quale, nel 1874, su 160 ammalati ebbe 13 risipole (8. 1 %). Però bisogna notare che questi 160 casi riguardavano tutti *lesioni gravi* o *grandi operazioni.*

Dopo i fatti suesposti, sono naturalissime alcune obbiezioni che io credo bene di prevenire.

Se il metodo Lister premunisce sicuramente contro la risipola, come si spiega che Dittel e Minich non hanno ottenuto alcun risultato? Come va che Nussbaum, Volkmann, ecc., anche seguendo il metodo Lister, hanno osservato delle risipole?

Questi fatti che a prima vista sembrano parlare contro l'azione profilattica del metodo del Lister relativamente alla risipola, vogliono essere interpretati.

L'asserzione del Dittel che questa medicazione conduca all'erisipela perchè è *un bendaggio d'occlusione*, non mi pare sostenibile. Ammettiamo pur che il bendaggio Lister porti al ristagno del pus; questo ristagno ha luogo nelle stesse condizioni di quell' altro che si osserva nelle medicazioni non antisettiche? Niente affatto. È vero che mi sono fermato a lungo per dimostrare che il ristagno del pus genera l'erisipela, ma ho pure insistito sul fatto che bisogna che detto pus si trovi pur nelle condizioni favorevoli per potersi decomporre. Sotto il bendaggio Lister il pus, anche stagnando, non si trova che a contatto d'aria purificata, filtrata, non contenente quindi alcun

Digitized by Google

germe fermentiscibile: ora, in queste condizioni, il ristagno, se pur c'è, perde tutto il suo significato. Là parlava della medicazione ordinaria, qui siamo nel campo della medicazione antisettica, scrupolosamente antisettica. Odorate, quando cambiate il bendaggio Lister, il pus raccolto sotto di esso; non sentirete odor di sorta.

Così pure, io credo che gl'insuccessi del Minich non depongano menomamente contro la medicazione Lister. Minich, lo confessa egli stesso, ha adoperato la medicazione Lister *modificata*. La medicazione Lister modificata non è più la vera medicazione Lister, e non si possono imputare a questa gl'insuccessi ottenuti con quella. E per venire a quei casi nei quali fu praticata la medicazione, come lo indica il celebre chirurgo inglese, dirò che chiunque abbia fatto uso di questo genere di medicazione si sarà di leggeri convinto che, il farla a dovere, non è cosa tanto facile, e non si impara tanto presto: ci sono tante particolarità, tante minuzie, alle quali trasgredendo, fallisce lo scopo che il suddetto bendaggio si propone.

Voglio completare questa proposizione servendomi di quanto scrissero in proposito quelli che, in siffatto genere di medicazione, sono maestri.

Lo stesso Lister ci avverte che « se, durante la « operazione, viene sospesa per un solo minuto l'a- « zione del polverizzatore, non si può più esser si- « curi di un ottimo esito, poichè in quel minuto può « essere penetrata nella ferita una quantità di infu- « sorii ».

« Quando, dice Nussbaum, seguendo il metodo « Lister, avviene che insorga qualcheduna delle ma- « lattie accidentali delle ferite, non si deve dire: ciò « è avvenuto malgrado si sia usato il medodo Lister,

Digitized by Google

« ma dobbiamo domandarci: dove abbiamo sba-
« gliato? A conferma di ciò il Nussbaum si crede in
« dovere di dichiarare di non aver ottenuto dal ben-
« daggio Lister dei veri successi, se non dopo aver
« mandato in Edimburgo il suo primo assistente a
« studiare il modo di praticarla.

Il Volkmann fa notare come, in nessuno degli anni precedenti, i casi di risipola furono così pochi come nel 1873: e conchiude più sotto: « sebbene io, sgra-
« ziatamente, non possa ancor dire che mi sia riu-
« scito finora di sopprimere, mediante il bendaggio
« Lister, tutt'affatto la risipola; pure non mi trovo
« autorizzato ad impugnare la sentenza di Lister;
« che si può, col mezzo di un corretto uso del suo
« bendaggio, difendere contro l'esistenza della risi-
« pola » (1).

Sempre in ordine agli stessi principii, il Dr Hans Rancke scriveva nel 1878, che « ogni disturbo del decorso asettico della cicatrizzazione sotto la fasciatura Listeriana non è da attribuirsi ad insufficiente protezione di questa fasciatura, ma, esclusivamente, ad errori nelle sua applicazione. E questa asserzione si estende anche *a quelle malattie accidentali delle ferite che, da principio, pareva non si potessero bandire dalle sale dei malati colla antisepsi del Lister, alla risipola* » (2).

Convinciamoci adunque anche noi che, per ottenere dal bendaggio Lister dei veri successi, bisogna saperlo praticare; e prova ne sia anche il fatto che, in quei casi in cui, a Torino, ho visto praticare questo

(1) Nussbaum e Volkmann — Vedi opere citate.

(2) Hans Rancke — *Sammlung Klin: Vortr:*, N. 128 — *Ueber das Thymol und seine Benutzung bei der antiseptischen Behandlung der Wunden*, 1878

Digitized by Google

bendaggio dal Dott. Novaro, si ebbero, negli ultimi, risultati immensamente più favorevoli che nei primi.

Un operatore che si accinge, per la prima volta, a praticare la medicazione Lister senza averla mai osservata all'atto pratico, per quanto ne abbia ben studiato il metodo, non può aspettarsi subito degli eccellenti risultati. Le prime volte commetterà sempre qualche errore, perchè dimenticherà sempre qualche particolarità; ma non sarà in diritto di impugnare subito la virtù del bendaggio e sparlarne come di cosa inutile. L'adagio: *ab uno disce omnes* qui, assolutamente, è fuori di luogo.

(Continua).

Dell'affezione granulosa della congiuntiva e dell'oftalmia contagiosa per EDWARD NETTLESHIP F. R. C. S., Chirurgo oftalmico e Professore all' Ospedale di S. Tommaso, già Chirurgo all'Ospedale Oftalmico Sud di Londra ed ex-assistente clinico e Conservatore del Museo all'Ospedale Oftalmico Moorfields.

Traduzione del Dott. GIOVANNI BELTRAMI *assistente all' Ospedale Maggiore Mauriziano di Torino.*

PREFAZIONE DELL'AUTORE

La traduzione seguente di un articolo che vide la luce nel 1874-75 è stata fatta per compiacere alla domanda molto lusinghevole del Prof. Reymond *ed in forza della sua assicurazione che questo lavoro sarebbe, secondo suo avviso, di qualche utilità in Italia.*

Digitized by Google

Io avrei preferito di riscrivere l'articolo ed abbreviarlo notevolmente; ma non avendone il tempo sono obbligato ad offrirlo nella sua forma originale con le modificazioni ed aggiunte che mi fu possibile di fare. Tutti i cambiamenti importanti sono inclusi fra parentesi distintive col segno [*].

Ho modificato considerevolmente la parte che si riferisce al contagio per tema che offrendola nella sua forma originale non producesse l' impressione che io disconosca l' importanza del contagio come una causa.

Devo i miei ringraziamenti ai Sigg. Churcill editori del periodico in cui venne pubblicato l'articolo per aver permesso che ne venisse concessa la traduzione.

EDWARD NETTLESHIP.

Nel primo quarto del corrente secolo l' attenzione fu per la prima volta seriamente diretta al gruppo di malattie conosciute collettivamente sotto il nome di oftalmia contagiosa. Fu specialmente riguardo alla strage fatta dall'oftalmia nelle armate inglesi e francesi durante e dopo la campagna d' Egitto, che furono scritte molte monografie ed articoli su questo soggetto. L'insorgere di tale oftalmia distruttiva nelle altre armate d' Europa in varie epoche, fra il 1814 (in Russia) e il 1849 (Portogallo), attirò molta attenzione sul soggetto della parte dei medici (e specialmente dei chirurghi d'armata), sucessivamente in ciascuna contrada d' Europa. Mercè lo studio e le cure ad essa dirette, ed in parte per altre circostanze, le violenti

Digitized by Google

forme di oftalmia non predominarono in seguito per lungo tempo nè in gran estensione in alcuna delle armate Europee, sebbene questa relativa immunità non sia stata raggiunta finchè molti ebbero per essa o in parte od interamente perduta la vista nei varii paesi. L'importanza data sia dai medici che dal pubblico all'oftalmia prevalentemente distruttiva è stata nella presente generazione in gran parte ereditata dalle forme più miti d'indole congenere « forme di malattia che erano abbastanza comuni prima che sorgessero le denominazioni d'oftalmia d'armata, d'oftalmia d'Egitto ». L'attenzione portata a queste forme più miti e più protratte non era loro direttamente trasmessa dall'interessamento di fresco destato dall'oftalmia distruttiva, ma era bensì dovuta ancora ad altre circostanze. I progressi fatti nell'anatomia normale e patologica sono stati i mezzi per riconoscere le alterazioni, che senza la luce di cognizioni più complete non avevano potuto ricevere la voluta attenzione. Questa era allora più urgentemente diretta a malattie varie veramente fatali, e. g., come vaiuolo, tifo, dissenteria, che a quei giorni infierivano nelle masse strettamente agglomerate del popolo, ed impedirono che dessa fosse da vicino rivolta ad affezioni relativamente meno importanti, quali le oftalmie epidemiche fino ad un tempo recente. Il bene della salute pubblica, il cui livello crebbe poco per volta ed è ognor crescendo fece sì che questo si estese anche alle affezioni contagiose degli occhi, di modo che molta più importanza vien ora data alle forme ancorchè leggiere d'oftalmia, e ad altre affezioni non fatali di quel che si facesse cinquanta o sessanta anni fa.

Digitized by Google

Nel tempo presente l'oftalmia che distrugga su vasta scala, od anche solo nuocia alla vista, non è conosciuta nell'armata inglese; il numero dei casi diminuisce quasi tutti gli anni (1). La stessa cosa, in termini generali, può dirsi delle altre armate Europee. Nella grande Bretagna, è specialmente fra i ragazzi poveri delle grandi città, in particolar modo fra i poveri Irlandesi che tale oftalmia ora si riscontra; alcune forme moderatamente gravi, che ancora accade di trovare in molte scuole pubbliche dei poveri (poor law schools) attirano ora solo più l'attenzione del pubblico.

Ciò non ostante la ricca letteratura che si possiede sull'argomento è ancora, in questo paese almeno, alquanto incerta ed ha bisogno d'accordo sull'intera questione dell'oftalmia, più specialmente per ciò che riguarda il suo manifestarsi in grandi instituti. L'essersi l'oftalmia durante gli ultimi dieci o dodici anni presentata in una forma abbastanza grave da portare la distruzione degli occhi in più d'una delle scuole pubbliche dei poveri della metropoli; e lo averla osservata in una forma meno grave, ma abbastanza seria per parecchi anni e l'essere ancora adesso una malattia abbastanza comune in molte

(1) Così, il numero dei casi ricevuti nel Royal Victoria Ospital Netley per dieci anni, 1861-70, fu 328, 230, 266, 233, 205, 126, 79, 97 (questo aumento nel 1868 era dovuto alla spedizione d'Abissinia), 72, 39 (nel 1870) — *Armj Med. Rep.* per il 1870, p. 351. — La diminuzione venne attribuita ai miglioramenti nell'igiene delle stazioni straniere. Pare probabile che in parte sia dovuto al fatto che dal 1868 i casi d'oftalmia gonorroica sono stati messi a parte; tale distinzione non era stata fatta prima. — Debbo questa informazione al prof. Longmore.

Digitized by Google

di queste scuole sono fatti che richiedono seria attenzione. Si potrebbe tuttavia qui far osservare che l'apparente incremento della malattia in qualche scuola negli ultimi anni scorsi sia senza dubbio in parte dovuto a che ora vien fatta molta maggior attenzione alle forme più leggiere d'oftalmia nelle scuole dei poveri, di quel che si facesse una volta quando si prendeva minor cura della loro salute. Perciò, fra le altre ragioni, la parola « oftalmia » usata senza nessuna qualificazione, c'inganna sulla reale gravità del danno causato dalle malattie che si ha intenzione di definire, poichè essa viene infatti spesso adoperata a descrivere casi di ogni genere possibile di serietà e di parecchie specie diverse. Così avviene in primo luogo che quelli che interpretano la parola nel suo significato più grave devono certamente valutare al di là del vero la gravità del male se essi limitano la loro attenzione ai rapporti statistici, mentrechè per mancanza di un tipo uniforme, casi che vengono da un medico considerati come oftalmia possono da altri esser collocati in una categoria differente. Io mostrerò in seguito, che il numero dei casi che stanno su questo terreno discutibile è assai considerevole.

Si è perciò ancora molto incerti riguardo alla proporzione dei casi in cui un permanente danno alla vista e l'incapacità a guadagnarsi i mezzi di sussistenza risultano da quel genere d'oftalmia conosciuta col nome di « granulosa ». Che l'oftalmia grave granulosa spesso cagioni permanenti e serii danni alla cornea, è certo cosa fuori di dubbio. Ma non è così certo che anche quando è grave essa dia una sì grande proporzione di cattivi risultati come si suppone spesso; quand'essa è mite e moderata non

Digitized by Google

è poi una così seria cosa come noi siamo talora indotti a credere. D'altra parte, è abbastanza probàbile, che coloro, ai quali mancò l'occasione di studiare la malattia su larga scala non siano completamente conscii quanto danno realmente essa possa recare. I principii della cura terapeutica sono ben fondati ; vi sono ancora alcuni punti che devono contuttociò esser determinati in riguardo ai dettagli più confacienti, alla lunghezza del tempo per cui la cura deve essere continuata, e gli effetti che da essa si possono aspettare. È pure a desiderarsi, che siano determinate il più minutamente possibile le migliori misure igieniche e d'educazione da adottarsi nelle grandi agglomerazioni di fanciulli che soffrono di questa malattia.

La contagiosità di molte forme di congiuntivite è stata da lungo tempo messa fuori di discussione. Però sta anche il quesito (quesito di qualche importanza per gli interessi amministrativi nei grandi stabilimenti), se la dottrina della contagiosità non sia stata spinta troppo oltre riguardo a qualche forma delle affezioni congiuntivali, e non si sia resa responsabile di fatti che sono in realtà dovuti ad altre cause. È cosa importante il constatare che la opinione generale, prevalente fra i pratici dà in fallo: ma ancorchè dia in fallo nel lato, e senso più sicuro per l'umanità, tuttavia dobbiamo desiderare, che l'errore sia il minore possibile, e che si dia sicuro e reale valore ad altre influenze morbose oltre alla contagiosità. Un po' di luce viene gettata sulle cause delle malattie in questione da un esame della loro prima storia, specialmente nella parte che si riferisce alla pretesa immunità in Europa dalla grave prevalente oftalmia prima della data della campagna d'Egitto

Digitized by Google

dal 1798 al 1802. La possibilità di pervenire intieramente a sradicare la oftalmia dai grandi instituti dipende anche molto dallo studio delle cause che la producono, e la nostra opinione su di queste dovrà di necessità influenzare il nostro modo d'agire riguardo ad essa. Il fatto che negli ospedali oftalmici non si hanno le opportunità per uno studio prolungato dei varii casi di congiuntivite ha impedito una completa investigazione di queste malattie ad alcuni che si sono dedicati specialmente all'oftalmologia: mentre la vasta esperienza della malattia, acquistata da molti chirurghi d'armata e dai medici ufficiali, nelle scuole pubbliche dei poveri (poor law schools), costituisce il materiale necessario per riempiere l'inevitabile lacuna nella sperienza degli oculisti. Si è mettendo le opinioni di queste due classi di pratici l'una di prospetto all'altra, che noi possiamo sperare di acquistare una piena ed esatta conoscenza della malattia, senza od esagerarne l'importanza, od opponendo ad essa mezzi insufficienti, sia nel trattamento terapeutico, che nelle disposizioni generali.

Come sopra-intendente medico nel 1873-74 del ramo di scuola temporariamente stabilito per la cura separata degli affetti di oftalmia nel North Surrey District School ad Anerley, io ebbi l'opportunità di studiare quelle forme della malattia che sono ora maggiormente prevalenti in tali scuole. Io ebbi sotto cura per dodici mesi circa 400 casi di malattia nelle sue varie fasi più miti, ed ebbi anche l'occasione di osservare in qualche estensione le condizioni sotto cui essa si manifestava alla scuola d'Anerley. Queste facilità assieme con alcune occasioni che a me si presentarono per ispezionare gli occhi di ragazzi in altre scuole e

Digitized by Google

le cognizioni acquistate praticando a Moorfields, mi posero in una condizione quasi affatto speciale per giudicare qualcuno dei punti summenzionati riguardanti quelle forme d'oftalmia che sono maggiormente prevalenti in questo paese al giorno d' oggi (1).

Dividendo grossolanamente le malattie della congiuntiva in quelle che sono in qualche fase del loro decorso *acute*, ed in quelle che sono sempre *croniche*. noi abbiamo nel primo gruppo la congiuntivite nelle varie forme e gradi, mentre l'oftalmia granulosa (trachoma) costituisce la parte più importante del secondo gruppo.

Una persona affetta da oftalmia granulosa ha disposizione a soffrire molto più gravemente e per un tempo più lungo per una sopraggiunta congiuntivite di quello che se la sua congiuntiva fosse stata sana prima che dessa insorgesse. Questo fatto che è ormai da trent'anni circa ben conosciuto, dà alla affezione granulosa molta più importanza di quella che altrimenti avrebbe. Questo è riconosciuto più o meno chiaramente in tutti i moderni libri di testo; ma viene ancor talora perduto di vista nelle complicazioni dovute al frequente riscontro dei due tipi dell'affezione congiuntivale (acuta e cronica) nel medesimo paziente. Vi sono molti casi delle forme le più miti di congiuntivite acuta che sono di pochissima importanza quando si presentano in persone la cui congiuntiva era dapprima sana, ma che hanno serii risultati se al tempo

(1) [Immediatamente dopo che ciò venne scritto e mentre era in corso di stampa, io ebbi l'opportunità di ispezionare gli occhi a tutti i ragazzi nelle scuole dei poveri del distretto di Londra. — Il risultante rapporto fu pubblicato nel *Report of the Local Goverment Board* (1876)].

Digitized by Google

dell'insorgere della medesima questa membrana era in uno stato più o meno granuloso (2). Una terza affezione, che sebbene non affatto propria della congiuntiva, tuttavia esercita un'importante influenza dannosa sulle affezioni congiuntivali, è la cronica infiammazione dei follicoli delle ciglia, e delle ghiandole meibomiane, e dei tessuti circostanti, che costituisce i differenti tipi dell'oftalmia della cartilagine tarso. Essa è, per quanto io ho visto, meno comune nelle scuole che le due prime classi, e non v'è bisogno di discuterne qui a lungo, poichè i suoi caratteri e la sua cura sono ben conosciuti.

Affezione granulosa della congiuntiva.

Per scopo pratico è conveniente trattare prima questa parte, specialmente perchè negli ammalati da cui io acquistai la maggior parte d'esperienza, la malattia è così comune, che dal punto di vista clinico si è quasi obbligati a studiarla prima per apprezzare rettamente i rapporti delle due classi di malattia fra loro.

L'oftalmia granulosa è una malattia specifica carat-

(2) Sebbene la parola « granulosa » sia qui, e in tutta questa monografia adoperata per designare la malattia, la cui essenza è la granulazione « vescicolare » o « grano di sago » non vorrei però che si credesse ch'io dubiti che la prolungata e ripetuta infiammazione di una congiuntiva prima sana, con o senza interessamento dei follicoli cigliari e delle ghiandole meibomiane, possa dar luogo al permanente inspessimento e qualche ruvidezza della palpebra superiore. Le palpebre granulose tipiche si producono però raramente in questa maniera eccetto nelle persone predisposte dalla razza.

Digitized by Google

terizzata dall' ingrossamento dei follicoli linfatici normalmente presenti in qualche parte della congiuntiva palpebrale (1), dalla formazione di nuovi elementi, che, per quanto riguarda i caratteri clinici, sono identici con quei di sopra, ed in ultimo, da una lenta ipertrofia di tutti gli altri elementi della congiuntiva (2).

Le prime alterazioni s' osservano alla parte esterna della palpebra inferiore vicino alla falda oculo-palpebrale; ad un periodo ulteriore l'intiera palpebra è affetta, e simili alterazioni si osservano sulla parte tarsale della palpebra superiore e sulla parte della congiuntiva che è al disopra del margine superiore del tarso. Sulla palpebra superiore la malattia comincia o sul limite esterno od interno, o simultaneamente nei due punti, avanzandosi gradatamente da essi finchè la più gran parte o l' intiera cartilagine tarso è affetta. Nei casi molto leggieri la palpebra superiore è appena interessata.

(1) [Secondo Merkel i follicoli linfatici si trovano sulla congiuntiva degli adulti, ma non dei giovani; ma variano molto e in numero e nel modo con cui sono distribuiti e spesso mancano affatto (Graefe Scemisch's Handbuch, 1, 68).

Waldeyer tuttavia, descrivendo la congiuntiva palpebrale dice bensì che essa contiene molto tessuto adenoide sotto forma diffusa, ma afferma però che egli non ha mai riscontrato follicoli linfatici ben formati nella congiuntiva dell'uomo; ma però in molti animali inferiori vi si trovano costantemente (Ibid. 235, ecc.)].

(2) Il dott. Littlejohn medico ufficiale della scuola pubblica dei poveri di Hanwell, a cui le occasioni per osservare questa malattia nei primi suoi stadii sono molto numerose, mi dice ch'egli crede che i primi segni della malattia siano da riscontrarsi in piccole elevazioni d'apparenza vescicolare che si vedono spesso formare una sola linea parallela al margine delle palpebre alla sua parte esterna ad 1/16 di pollice circa di distanza dal medesimo. Son venuto nella convinzione che desse sono di una diagnosi dubbiosa. Esse richiederebbero ulteriori studii.

Digitized by Google

I follicoli ingrossati sono descritti nel loro primo stadio come granulazioni vescicolari. Esse sono dapprima affatto trasparenti e appena visibili ad occhio nudo; si dice che contengano del liquido, ma io non ne trovai le poche volte in cui io punsi i piccoli corpi. Un pò più tardi, quando esse sono alquanto più grosse, meno perfettamente trasparenti, e più non collabiscono esse sono dette « *grani di sago*, o *uova di pesce* ». Sono talora paragonate alla tapioca, quando ad uno stadio molto più avanzato, al margine superiore od al disopra della cartilagine tarso superiore si osservano larghi tratti o rialzi di un nuovo tessuto di un color grigio biancastro, quasi opaco, formato o dalla coalescenza di granulazioni separate, o dalla diffusa infiltrazione di nuovo materiale nel tessuto congiuntivale. Dal fatto che molto tessuto adenoide si trova nella congiuntiva tarsale e nella piega oculo-palpebrale in certi animali quando sono ancora giovani d'età (1), prima che si sieno sviluppati i follicoli linfatici, e che questi sono da esso formati alquanto più tardi nella vita (terza settimana), pare possibile che in epoche posteriori una formazione diffusa di tale tessuto possa avvenire come risultato di malattia (2).

La malattia può arrestarsi alla formazione dei grani di sago sulla congiuntiva delle palpebre inferiori, con o senza un leggier grado della stessa

(1) Schimd ammette che il tessuto adenoide diffuso forma la parte principale della congiuntiva palpebrale e della falda oculo-palpebrale in molto giovani animali. Blumberg dice pressochè lo stesso riguardo al cane (*Stricher's Manual of Hystology New. Syd. Soc's. Translation*, vol. III, p. 450).

(2) Una simile supposizione viene fatta da Frank (1860) ed altri.

Digitized by Google

alterazione nelle palpebre superiori. In tali casi non v'è spesso aumentata congestione di alcuna parte della congiuntiva palpebrale od oculare, nè vi sono sintomi soggettivi. In molti casi, e forse nella maggior parte dei casi, se il fatto potesse esser accertato, v'è un leggiero aumento di muco, appena sufficiente da formare come un velamento sulla cute all'angolo esterno ed interno, quando le lagrime che spesso scorrono fuori allo svegliarsi si seccarono. I grani di sago possono coprire quasi tutta la palpebra inferiore e non esservi tuttavia ancora un morboso rossore. Tale stato, consistente in alcune o molte granulazioni follicolari indolenti, senza alcuna percettibile alterazione negli altri elementi della congiuntiva, può rimanere spesso stazionario per lungo tempo (molti mesi od un anno certamente, probabilmente anche parecchi anni), e non portare ulteriore danno. Dopo un dato tempo le granulazioni prendono gradatamente un color giallognolo, o giallo bruniccio, poco a poco si raggrinzano, e in fine scompaiono, il loro sito essendo spesso occupato per qualche tempo dopo da un piccolo punto di color bruno-rugginoso o da una piccola piega nella membrana mucosa, su cui si vedono passare due o tre piccoli vasellini, ma alquanto dilatati. In altri casi alcuni piccoli punti biancastri mal definiti, o piccole linee (cicatrici), dimostrano l'antico sito delle morbose produzioni.

La formazione delle granulazioni a grani di sago è

Digitized by Google

spesso accompagnata sia nel primo stadio, sia dopo che essi sono arrivati ad un discreto numero e grandezza, dall'ipertrofia delle papille e dalla congestione lenta e dall' inspessimento di tutti gli altri elementi della congiuntiva, interessante probabilmente anche le ghiandole mucose tubulari che nell'uomo si trovano nella falda oculo-palpebrale ed in qualche parte del tarso. Le granulazioni follicolari nel medesimo tempo divengono congeste e più grosse, sebbene esse possano essere in parte od intieramente nascoste dai tessuti rigonfii e dalle papille ipertrofiche circostanti. Il tessuto della congiuntiva in molti casi prende parte a questo cambiamento di apparenza di grani di sago, diventando molto inspessito da un materiale grigiastro d'aspetto quasi gelatinoso. Quando ciò accade i grani di sago arrivano ad una riguardevole grandezza, e possono coalescere gli uni cogli altri, e noi allora troviamo una congiuntiva enormemente inspessita, coperta di elevazioni gibbose di color grigio-rossastro (grosse granulazioni), separate da papille floride o ingrandite di color rosso-scuro. L' intiera membrana, essendo d' area molto estesa, spesso si piega su se stessa in una notevole estensione. Il grado d'inspessimento e la grandezza delle granulazioni follicolari sono talvolta molto ineguali nelle differenti parti della stessa palpebra. Io credo che lo stadio finale di tale condizione morbosa sia che l'intiera palpebra, o solo una parte ne vada affetta, è sempre il parziale assorbimento del nuovo tessuto.

Digitized by Google

e il convertirsi del rimanente in un duro tessuto di cicatrice di un color bianco-gialliccio. Desso formerà una striscia o piastra più o meno isolata, od occuperà la più gran parte della palpebra superiore, in rapporto coll'estensione primitiva dell'alterazione tracomatosa. Tali piastre sono talora leggermente rilevate, e talora leggermente depresse, esse sono sempre meno flessibili che la congiuntiva normale. Quando sono sottili possono avere un'apparenza lineare tendinea. Talora per una lenta retrazione esse producono lo stringimento dei punti o canalicoli lagrimali (1) o di tutti e due, e ne risulta l'epifora. Spesso esse non recano alcun danno.

L'affezione granulosa, come regola, comincia alquanto più tardi sulle palpebre superiori che alle inferiori. Nei casi di primo grado, in cui v' è dal principio alla fine poco o affatto nulla di congestione e d'ipertrofia pupillare alle palpebre inferiori, le superiori generalmente rimangono pressochè sane durante tutto il tempo della malattia. In questi casi più miti contuttociò, qualche piccola granulazione si è spesso trovata vicino al limite esterno od interno della cartilagine tarso superiore. Esse sono generalmente accompagnate da congestione più o meno marcata e da ipertrofia papillare nel medesimo sito. Talora qualche grano di sago esistente viene oscurato dalle papille. Il resto del tarso superiore e della falda retro-tarsale è soventi normale.

(*Continua*).

(1) Questo s'osservò in tre casi.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 43ª settimana

dal 20 al 26 ottobre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	2	»	2	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	5	5	10
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	»	»	» sifilitiche	»	1	1
Convulsioni, elmintiasi	2	1	3	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	»	2	2	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	»	»	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	1	2	» scirrose, cancerose	»	2	2
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	1	1	Marasmo senile e tabi diverse	2	»	2
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	1	1				
» tifoidea e tifo	3	3	6	TOTALE	43	44	87
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	11	4	15
Malattie chirurgiche e traumatiche	»	»	»				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	1	»	1	TOTALE nella 43ª settim.na	54	48	102
Malattie dell'appar.º respiratorio	8	11	19	» nelle settim.e precedenti	2887	2886	5773
» dell'apparato dell'alimentazione	12	5	17				
» dell'app.º cardio-vasale	3	5	8				
» del sistema nervoso	2	4	6	TOTALE complessivo	2941	2934	5875
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	1	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2546	2608	5154
Pneumatosi ed idropi	1	»	1				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 43ª settimana	52	66	118	1	2	3
Nelle precedenti	2939	2745	5684	235	146	381
TOTALE COMPLESSIVO	2991	2811	5802	236	148	384

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore COLOMIATTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Contribuzione allo studio della risipola delle ferite, specialmente per quanto ne riguarda la eziologia, la profilassi e la cura; per il Dott. **Bonone**, (Osservazioni raccolte alla Clinica operativa diretta dal Prof. L. Bruno).

Continuazione alla pag. 402, num. 13.

VII.

Termino questa mia contribuzione esponendo i metodi proposti per curare l'erisipela una volta sviluppatasi, e toccando in particolare di un metodo di cura che, sperimentato in Clinica, ha dato dei risultati favorevoli.

Oramai la quantità dei rimedii proposti, vuoi come topici, vuoi per via interna, è enorme. Ve ne ha di quelli dei quali al giorno d'oggi appena si parla: ve n'ha degli altri che ancora si reggono lodati dagli

Digitized by Google

uni, biasimati o creduti affatto inutili dagli altri. Un rimedio veramente efficace ed ammesso come tale da tutti, uno *specifico* insomma, non si può dire d'averlo ancora trovato.

L'Hueter ha enunciato una grande verità quando scrisse che *la terapia razionale dell'erisipela deve elevarsi in avvenire sulla base della raffinata conoscenza delle sue cause.* Nessuna meraviglia quindi se rimedii adottati in tempi in cui non si aveva alcuna idea dell'eziologia di questo morbo abbiano man mano dovuto cedere il campo ad altri, elevati su basi più razionali.

L'emetico somministrato internamente per combattere i sintomi gastrici, i sanguisugi locali (Blandin), i sali di ferro (Chisolm) sono oramai abbandonati.

Persiste ancora la pratica dei bagnuoli emollienti, delle applicazioni fredde, pratica che non si può dire assolutamente irrazionale perchè se non combatte la erisipela, se non può diminuirne nè l'intensità nè la durata, ne mitiga qualche sintoma, ed arreca qualche sollievo al paziente.

I rimedii più svariati furono sperimentati dal momento che fu stabilito trattarsi nell'erisipela di una malattia d'infezione.

Tra i rimedii interni, quello che par dia qualche risultato è il chinino. Hueter se ne trovò bene soddisfatto; il dott. Le Monnier dice di averlo somministrato con successo alla dose di due granelli ogni 1-2 ore: dice che su 12 casi non ebbe che un morto. Per di più, lo usa anche come profilattico.

Localmente, l'Hueter dice di aver usato con successo unzioni di una miscela, a parti eguali, di sugna e pece liquida. Una azione ancor più sicura, secondo lui, si avrebbe dalle fregagioni di pura pece liquida

Digitized by Google

che, sotto la narcosi cloroformica, si eseguiscono così profondamente che in ½ quarto d'ora la pelle ne resta impregnata in massa.

Kaczorowski usa fregagioni con una miscela di acido fenico e trementina 1:10; ottenne pure ottimi risultati facendo, in uno alle frizioni, fomenti con acqua del Goulard.

Higginbottan pennella la superficie risipelatosa con soluzione di nitrato d'argento.

Spengler raccomanda il collodio.

Lücke ha raccomandato molto le pennellazioni di terebentina sulla pelle affetta, collo scopo di neutralizzare le sostanze infettive penetrate nella cute. Questa pratica del Lücke fu adottata nell'ospedale oftalmico di Torino, dal dott. Bajardi, ex assistente alla Clinica chirurgica di Pavia, il quale mi disse averne ottenuti risultati soddisfacenti.

Thiersch (*Samml. Klin. Vortr.* N. 84-85) dice di non essere riuscito ad arrestare la risipola con tutti i mezzi raccomandati; si limita ad applicazioni fredde e pennellazioni d'olio sulla località: tratta le risipole gravi con canfora per via sottocutanea.

Bardeleben dichiara pure impotenti tutti i metodi e consiglia di provocare il deflusso della marcia.

Minich trovò inefficaci tutti i mezzi locali adoperati. Loda gli alcoolici ed il solfato di chinino.

Weber raccomanda scrupolosa nettezza delle piaghe e l'allontanamento degli impiastri. Non vuole nè mignatte, nè scarificazioni, nè pennellazioni di collodio; ma insiste sul dovere di *vuotare subito gli ascessi sottocutanei* perchè il ristagno del pus produce la diffusione della risipola.

Gamberini usò pennellazioni di una soluzione satura di tannino nell'alcool.

Digitized by Google

Il dott. G. De Renzi, in seguito a varii e ripetuti studii concluse che il miglior rimedio sono le pennellazioni sulla parte erisipelatosa ed estendentesi un poco sulla parte sana per limitarne i progressi, di tintura di iodio. Dice aver visto la malattia guarire in 2-3 giorni.

Wilde pratica iniezioni ipordermiche di una soluzione di solfo-fenato di soda nelle proporzioni di 1 : 12 Aq.

Volkmaan, dopo l'esperienza di più anni, abbandonò le pennellazioni di trebentina e l'unguento di catrame perchè non ne ottenne alcun successo, e ritornò alle già prima usate pennellazioni di nitrato d'argento 1 : 8. Consiglia di praticare la pennellazione con una certa energia sulla cute previamente sgrassata con soluzione sodica.

Tutti i rimedii suaccennati hanno anche degli insuccessi. La spiegazione di questo fatto ce l'ha dà l'Hueter dicendo di avere trovato, nelle località erisipelatose, le monadi penetrare nei corpuscoli sanguigni. Esse quindi troverebbero là dentro una difesa contro i mezzi antisettici che anche penetrando nella cute non possono arrivare fino ad esse. Per l'Hueter la cura la più razionale consisterebbe nell'usare un mezzo che possa uccidere le monadi penetrando fino ad esse, cioè distruggendo i corpuscoli sanguigni: in base di ciò, vorrebbe un metodo di cura combinato quale fu di già adoperato da Kaczorowski.

Aufrecht (1), partendo dal principio che la risipola traumatica dipende dalla penetrazione e moltiplicazione nel cellulare sottocutaneo di organismi, ha vo-

(1) Aufrect — *Centralblatt. f. Med. Wiss.* — N. 9 1874.

Digitized by Google

luto sperimentare le iniezioni sottocutanee di una soluzione di acido fenico. Dice d'aver sempre ottenuto *arresto nella diffusione della risipola, diminuzione della febbre e del malessere generale.*

La pratica delle iniezioni ipodermiche d'acido fenico fu adottata dal Neudörfer in Vienna. Egli ha curato in questo modo più di 100 risipole, ed ottenne ottimi risultati. Si serve di una soluzione al 2 % di cui injetta mattina e sera, nel cellulare sottocutaneo, 2-4 siringhe (1).

Per contro, Minich a Venezia, non ottenne colle iniezioni feniche risultato di sorta. Le crede dannose perchè *porterebbero talora ascessi icorosi* (2).

Nell'Ospedale di S. Giovanni in Torino vidi la cura delle risipole sempre molto semplice, consistendo in bagni di decotto di malva, polverizzazioni con amido o licopodio, applicazioni fredde; qualche volta si praticarono pennellazioni di collodion, e qualche rara volta pennellazioni di olio di terebentina. Un risultato dietro simile cura non lo vidi mai, e non trovo che ci sia da meravigliarsene se si pensa alla innocenza del rimedio.

Le applicazioni locali del freddo, specialmente se sono intense parrebbero, a prima vista, capaci di uccidere le monadi che, secondo Hueter, sono nel cellulare sottocutaneo e nei corpuscoli sanguigni, e di troncare quindi l'erisipela. Ciò, però, non è dimostrato dalla pratica, e di questa impotenza del freddo ci dànno una spiegazione sufficiente le sperienze di Oertel, che ha dimostrato che il *Micrococcus* ed il

(1) Neudörfer — *Chirurgische Behadlung der Wunden.*

(2) Minich — *Cura antisettica, ecc.*

Digitized by Google

Bacterium Termo, tenuti per 24 ore a temperatura di — 20° si mostrano ancora capaci di movimento.

Si è in seguito alla nessuna efficacia della maggior parte dei mezzi suaccennati che, nella Clinica chirurgica di Torino, in quei casi di risipola che si manifestavano piuttosto gravi, si sono tentate le iniezioni ipodermiche d'acido fenico, così lodato dal Neudörfer.

La soluzione adoprata fu quella al 2 %. Ecco, brevemente, i risultati ottenuti:

Grasso Andrea, carrozziere, ricoverato per frattura complicata delle ossa del carpo di sinistra, ha risipola il 12 dicembre 1876, che esordisce con temperatura di 39°,8. Dal 12 al 22, la temperatura oscillò tra 38° e 39°, 5, e la risipola non accennava mai a cedere. Il 22 cominciano le iniezioni feniche: la temperatura fu ancora febbrile il 23 e la sera dei 24; poi il malato entrò in uno stadio di apiressia costante. Il 28 ogni traccia di risipola era scomparsa.

Bolletti Giuseppe, guardia daziaria, coricato in seguito a ferita lacero-contusa al capo, viene il 3/3 77 attaccato da risipola esordiente con febbre a 40°. Iniettansi tosto 2 siringhe di Pravaz della soluzione fenica che ripetonsi alla sera e nei giorni consecutivi. Alla sera la temperatura era di 39°,9.

4/3 M, T 39	6/3 M, T 36.5	8/3 M, T 36.4
4/3 S. T 39,2	6/3 S. T 37,3	
5/3 M, T 38,3	7/3 M, T 37,5	
5/3 S. T 37,7	7/3 S, T 38,1	

Le iniezioni si sospesero fino dal mattino del giorno 7. Il mattino dell'8 la risipola era totalmente scomparsa.

Giuseppe Bergallo, operato di neuro-fibroma plessiforme al capo, viene attaccato da risipola l'11/3 77.

Digitized by Google

Le iniezioni della soluzione fenica principiarono la sera dell'11; due al mattino e due alla sera nei giorni successivi.

11 M, T 38,8	13 M, T 39,6	15 M, T 38
11 S, T 39,3	13 S, T 39,3	15 S, T 39,5
12 M, T 38,6	14 M, T 38,1	16 M, T 39,8
12 S, T 39,3	14 S, T 39,3	16 S, T 38,3
		17 M, T 38,2

In questo caso s'aveva da fare con una risipola violenta, estesa alla faccia, al collo, alla nuca. La ferita presentava troppe condizioni pel ristagno del pus per non poterlo completamente sopprimere durante il corso della risipola. Ad ogni modo, se non si abbassò la temperatura, si ottenne di rendere presto stazionaria l'affezione riguardo alla sua estensione, e di attenuarne l'intensità, in modo che ai 20 la risipola era scomparsa.

Bertero Battista, muratore, ricoverato per frattura complicata della tibia destra, è pressochè guarito quando il 13 marzo 77 gli si manifesta la risipola. Alla sera, T 39,4. Si incominciarono lo stesso giorno le iniezioni feniche. L'indomani mattina la temperatura era scesa di 2 gradi (37,4) ed alla sera scendeva a 37,2. Nei giorni successivi si ebbe:

15 M, T 36,8	16 M, T 37,2
15 S, T 36,8	16 S, T 36,7.

Il 17 la risipola era scomparsa, e si sospesero le iniezioni.

A fianco del rapido decrescere della temperatura, trovo pure annotato nelle mie memorie che la risipola fin dalla sera del primo giorno di cura si fermò nel suo cammino e decrebbe nell'intensità.

Digitized by Google

G. Eugenio, ufficiale d'artiglieria, operato di fistola anale, ha la risipola il 30/5 77 con temperatura al mattino di 40°. Incominciansi subito le iniezioni feniche attorno alla pelle erisipelatosa, praticandone due alla mattina e due alla sera tutti i giorni.

Il succedersi della temperatura fu il seguente:

30/5 M, T 40	1/6 M, T 37,8	3/6 M, T 37,6
30/5 S, T 39,8	1/6 S, T 37,8	
31/5 M, T 38	2/6 M, T 37,5	
31/5 S, T 38,1	2/6 S, T 38	

Il 3 giugno, cessata la risipola, sospendonsi le iniezioni. Il domani la temperatura raggiunse i 38°, causa un ascesso che si esordiva in uno dei punti dove erasi fatta la iniezione ipodermica. La sera dei 5 si notava fluttuazione distinta e T = 39°. Spaccato l'ascesso la temperatura scese di nuovo al grado normale e la guarigione fu sollecita.

Nasso Andrea, portinaio, ricoverato per un vasto ascesso flemmonoso alla coscia sinistra, che venne subito aperto mediante un'ampia spaccatura, viene attaccato da risipola il 31 maggio 1877. Si fanno tosto 2 iniezioni feniche. Alla sera T. 39°. Il 1° giugno si ha: T. 38 al mattino, e di nuovo T. 39 alla sera. Fino al 4 giugno la T. oscillò fra 37,6 - 38,5. D'allora in poi non superò più i 37,5. Il giorno 8 era scomparsa la risipola e cessarono le iniezioni.

Il caso di cui sto ora per discorrere, ha un'importanza particolare perchè mostra la spiccata differenza che corse tra l'avvicendarsi della temperatura prima che venissero praticate le iniezioni di acido fenico, e durante il tempo in cui queste ultime si adoperarono.

Digitized by Google

Il malato in questione è quel tal Pasquale Rossetti, carrettiere, che il 16 dicembre 77 subì l'amputazione del braccio destro al 4° superiore, in seguito a grave frattura complicata dell'omero con lacerazione dell'arteria omerale. Il 4 gennaio 1878 si manifestava risipola che, partita dal moncone d'amputazione, invase presto tutta la schiena. Ecco le temperature:

4 M, T 38,5	5 M, T 38,4	6 M, T 39
4 S, T 40,7	5 S, T 40,7	6 S, T 40,9

Urine molto rosse, 1290 cc. — D. 1034.

La sera dei 6 incominciarono le iniezioni ipodermiche d'acido fenico in soluzione. A motivo dell'estensione che aveva assunto la risipola, invece di 4 iniezioni al giorno se ne fecero da prima otto e poi sei. Intanto la temperatura al domani scese di oltre tre gradi.

7 M, T 37,7	8 M, T 38,3
7 S, T 39,3	8 S, T 40,7

Urine 1050 cc. — D. 1025.

A fianco di quest'ultima temperatura, trovo annotato nel mio diario « La risipola ha preso gran vigore « nella parte inferiore sinistra della regione lombare, « *dove non furono mai fatte iniezioni* ».

Si attacca tosto il male da questa parte con tre iniezioni praticate a poca distanza. Al mattino seguente si trova che la risipola non avanzò di un millim., e la temperatura è discesa a 38,3.

9 S. T. 39,3 urine 1140 cc. — D. 1032.

10 M. T. 37,5.

10 S. T, 37, ed indi in poi sempre apiressia. La quantità di urine emesse nelle 24 ore salì in pochi giorni da 800 cc. a 1380 a 1450. La densità declinò a

Digitized by Google

1010-1020. Non vi fu mai albumina. La risipola dal 9 in su cessò dal diffondersi e andò man mano declinando.

Peyretti Giuseppina, d'anni 20, operata il 28/4 77 di fibroma alla mammella sinistra, è colta da risipola la sera dei 29/4, con temperatura iniziale di 40,1.

30 M. T. 39,7.

30 S. T. 41,7 alle 4 pomeridiane.

Vedo l'ammalata la stessa sera verso le 9 ½ pom. in compagnia del Dott. Novaro che mi consiglia di praticarle tosto due iniezioni feniche. La risipola si estende dal collo al bellico. La T. è di 40,4.

1/5 M. T. 40,5
1 S. T. 40,4 } 2 iniezioni al mattino e 2 alla sera.

2 M. T. 40,2. Nella notte ebbe delirio.

2 S. ore 4 pom. T. 40,8. Si praticano 2 iniezioni.
ore 11 pom. T. 39,6. 2 altre iniezioni.

Le iniezioni si praticano specialmente al limite superiore della risipola per evitare che si avanzi sulla faccia e sul cuoio capelluto. Si riesce in tal modo ad impedire assolutamente qualunque progresso verso queste regioni.

Inferiormente, invece, s' avanza in tutte le direzioni, e le scarse iniezioni non riescono a trattenerla.

3 M. T. 39,1 — Si fan 2 iniezioni una in alto, una in basso.

3 S. T. 40,5 — 2 iniezioni.

4 M. T. 39,5
4 S. T. 40,5 } 4 iniezioni.

Dal 5 al 17 oscillazioni tra 38,2 e 37.

Digitized by Google

Questa fu nella sala delle donne la sola ammalata nella quale la cura colle iniezioni ipodermiche di soluzione fenica siasi fatta con regolarità. In due altre ammalate con risipola si fecero parimente delle iniezioni feniche ma senza regola e con intermittenza, ragione per cui non posso servirmi della curva termometrica ottenutane.

Gettiamo ora uno sguardo sulle cifre precedenti. Il primo fatto che ne emerge si è la diminuzione della temperatura, che nella maggior parte dei casi vedemmo succedere con molta rapidità sotto l'influenza delle iniezioni feniche. Questa diminuzione di temperatura, in un caso, fu di oltre 3 gradi dalla sera al mattino successivo; voglio parlare del caso verificatosi nella persona del Pasquale Rossetti, del quale ho già fatto rilevare la importanza speciale notando come, mentre la temperatura, prima che si praticassero le iniezioni, oscillò fra 38°,5 - 40°,9, sotto la cura delle iniezioni feniche discese fra 37°,7 - 39°,3, risalendo una sola volta a 40,7, esacerbazione del cui significato ho già fatto parola.

In un altro caso abbiamo osservato una discesa rapidissima della temperatura, di modo che da 40°, in 3 giorni scese a 37°, 6, abbassandosi sempre gradatamente di oltre 1 grado per giorno.

Ma le suaccennate cifre ci dimostrano pure che, in qualche caso, questo abbassamento della temperatura non si presentò con costanza. Se questo fatto non si può negare, non si può nemmeno asserire che parli contro l'utilità delle iniezioni ipodermiche della soluzione fenica. Tutto sta nell'interpretarlo.

Io sono persuaso che, appunto in questi casi speciali, la quantità di soluzione fenica iniettata giornalmente fu insufficiente, avuto riguardo alla intensità e

Digitized by Google

alla estensione della risipola; avendomi dimostrato la pratica che, se si vuole ottenere dei buoni effetti da queste iniezioni, bisogna che la quantità di liquido iniettato sia tale da *circondare completamente* la superficie erisipelatosa avviluppandola tutta, per così dire, in un' *atmosfera fenizzata*. Da quella parte dove l'erisipela non trova una barriera fenica, ovverosia. per entrar nelle idee dell'Hueter, da quella parte dove le monadi nel loro cammino sottocutaneo non si trovano sbarrata la strada da quel nemico formidabile che è l'acido fenico, il processo morboso continua, e si diffonde. La continuazione del processo morboso mantiene la febbre.

Però, anche in quei casi in cui, sotto l'uso dell'acido fenico, la temperatura non diminuì sensibilmente, si ebbe sempre a notare un miglioramento nello stato generale dell'ammalato, unitamente con una durata della risipola minore che nei casi in cui non si fece alcuna iniezione.

Un altro fatto che ha chiamato presto la mia attenzione, si fu il *costante arrestarsi della diffusione del processo erisipelatoso* da quella parte dove si praticarono le iniezioni feniche. Questa proprietà inerente alle iniezioni in discorso, ci dà in mano un mezzo per vietare alla risipola di innoltrarsi in regioni dove la sua presenza mette il malato a gravi pericoli; voglio dire nel capo. Nel caso sopra citato della Giuseppina Peyretti, in cui la risipola mostrava tendenza ad invadere la faccia ed il cuoio capelluto, si è riusciti, colle iniezioni feniche, ad arrestarne completamente il progresso verso quelle parti. Ma non è solo verso certe determinate regioni che dobbiamo impedire alla risipola di diffondersi; noi dobbiamo arrestarne il cammino verso qualsiasi direzione, a fine di poterla stroz-

Digitized by Google

zare. E, per conseguire questo intento, non getteremo sotto la cute la soluzione fenica a casaccio, ma dovremo studiarci appunto di disporre le nostre iniezioni per modo che tutta la superficie erisipelatosa venga circondata dal diffondersi del liquido. Per potere dire che *le iniezioni ipodermiche di acido fenico in soluzione al 2 °/₀ arrestano la diffusione della risipola*, bisogna che dette iniezioni sieno praticate coll'avvertenza suaccennata. Ho visto qualche volta, sotto la cura delle iniezioni, una maniera stranamente irregolare del diffondersi dell'erisipela: dalla circonferenza del rossore erisipelatoso si staccavan in qualche punto delle *lingue rosse* che si avanzavano nella pelle circostante sana. Evidentemente queste *lingue rosse* ci dicevano che là il cordone fenico era interrotto e l'affezione erisipelatosa trovava una strada aperta per inoltrarsi nelle parti ancora sane.

Un' accusa che venne fatta alle iniezioni ipodermiche della soluzione d'acido fenico, è quella di provocare facilmente degli ascessi icorosi. La quantità di queste iniezioni praticate negli ammalati erisipelatosi della Clinica mi mette in grado di negare che l'acido fenico *per se stesso* sia la causa di questi ascessi. Noi abbiamo sempre usato una soluzione d'acido fenico purissimo, cristallizzato, in acqua stillata; abbiamo sempre curato che le siringhe di cui ci servivamo non fossero lorde per materie eterogenee, abbiamo sempre curato di cacciare l'iniezione nel cellulare sottocutaneo *e non altrove* e non abbiamo a lamentare che *un solo ascesso*, del quale metterei in dubbio se siano da imputarne le iniezioni, sapendosi da tutti che tante volte, per il solo fatto dell'erisipela, si sviluppano degli ascessi sottocutanei.

Digitized by Google

Certamente se si fa uso di acido fenico pur che sia, se non si usano strumenti sufficientemente puliti, se si cacciano le iniezioni nel derma o nel tessuto muscolare, allora non si potrà pretendere che degli ascessi non si formino.

Riepilogando, credo di poter conchiudere:

1° L'acido fenico in soluzione iniettato sotto la cute, diminuisce la temperatura.

2° Arresta il diffondersi dell'erisipela.

3° Scema l'intensità del processo erisipelatoso e ne attenua gli effetti.

Ma siccome è dovere d'ogni pratico coscienzioso di non lasciar inesplorato alcun punto del campo della terapeutica, così noi non ci terremo paghi delle sole iniezioni feniche, come se, di fronte ad una risipola, non fosse possibile alcun'altra indicazione. Quei mezzi che poc'anzi ho detto ritenere incapaci di combattere il processo eresipelatoso non si possono chiamare per questo tutt'affatto inutili dal momento che è constatato che alcuni malati ne ricevono qualche sollievo; e noi non possiamo assolutamente ripudiarli. Quindi, in qualche caso, le polverizzazioni con polvere d'amido o di licopodio, le compresse bagnate in liquidi emollienti, in un'infusione di fiori di sambuco, potranno benissimo adoperarsi unitamente alle iniezioni feniche istituendo così un trattamento combinato. Quella certa ripugnanza che alcuni malati, specialmente da principio, hanno alle iniezioni feniche non deve trattenerci dal praticarle una volta che noi siamo convinti della loro efficacia.

Se le iniezioni vengono praticate con garbo e con prestezza, se con dolcezza di modi e di parole si convincono i malati della necessità di questa cura, la loro ripugnanza si vince con la massima facilità. Tro-

Digitized by Google

verete dei malati che vi pregheranno di far loro una o due iniezioni di più. Analogamente a quanto succede nella polmonite, nel tifo, e in tutte le altre forme di malattia accompagnata da febbre ardente e temperatura molto elevata, può anche darsi il caso, che durante il corso di una risipola insorgano dei sintomi che richiedono la somministrazione di rimedii per via interna. In questi casi, gli antipiretici, gli eccitanti, gli alcoolici dovranno entrare a far parte della cura. Il Jaccoud suole amministrare il vino chinato alla dose di 150-200 gr. nelle 24 ore in quei casi in cui non v'ha delirio, aumentando la dose a 250 gr. nei casi di delirio calmo e notturno, e a 400-500 gr. nei casi di delirio violento. Con questa cura Jaccoud su 67 casi, non ebbe che un morto (1).

Ma v' ha di più ancora. V' ha un' altra indicazione più urgente ancora della cura fatta colle iniezioni feniche, ed alla quale abbiamo il dovere di soddisfare fin dal primo momento in cui ci troviamo in faccia ad un'erisipela; voglio accennare all'indicazione causale. Tutte le volte che vedremo quell'erisipela generata da ristagno di essudati nella ferita, dovremo sopratutto e prima di tutto torre ogni condizione che favorisca il ristagno, ed attivarne lo scolo. Le suture dovranno torsi immediatamente e senza esitazione, le saccocce purulente dovranno venire immediatamente spaccate. Ho visto che, in un gran numero di casi in cui questo modo di agire fu subito messo in pratica, la risipola cedette con una prontezza meravigliosa, talchè ho potuto convincermi che in molti

(1) Jaccoud, *Leçons de clinique médicale faites a l'hôpital Lariboisière.* Paris. 1874.

Digitized by Google

casi siffatti questo semplice trattamento basta per dispensarci poi dal praticare le iniezioni feniche. Ancora al momento in cui scrivo ve n'ha un caso nella Clinica il quale mentre dimostra una volta di più il fatto del generarsi della risipola per ristagno degli essudati nella piaga, ci fa vedere anche a chiarissime note, come essa ceda talora prontamente per la semplice attivazione dello scolo degli essudati suddetti. Si tratta di una ragazza quindicenne ricoverata per un'ateroma calcificato che portava nella parte sinistra della faccia, al davanti del trago. Il Dottor Novaro, pochi giorni or sono, incideva verticalmente la cute sul tumore per lo spazio di un tre centimetri circa e quindi, colle dita e col manico del bisturì, enucleava il tumore grosso come una castagna ed appiattito. indi trapassava i lembi con tre spilli, e praticava così una sutura attorcigliata chiudendo ermeticamente la ferita. Sta a vedere, mi disse il Dottor Novaro nel mentre che terminava la piccola operazione, che quest' ammalata non isfugge all' erisipela... L' indomani un rossore erisipelatoso occupava già tutta la parte sinistra del volto. Si tolse immediatamente la sutura, i lembi rimasero beanti e lasciarono uscire poche gocce di un liquido nerognolo. Due giorni dopo la risipola era scomparsa, e in sesta giornata l'ammalata ha lasciato il letto.

Questi casi fortunati nei quali, tolta la causa generatrice, si vede scomparire la risipola con tale prestezza da non aver bisogno di adoperare altro genere di cura, non sono molto frequenti, essendochè il più delle volte, al momento in cui noi interveniamo, l'affezione ha già preso proporzioni tali che il semplice allontanamento delle sue cause non basta a soffocarla completamente, ed allora devono entrare in campo

Digitized by Google

i mezzi più energici sopra menzionati. Però è sempre vero che, anche in questi casi, l'attivare prontamente il deflusso degli essudati, porta il grande vantaggio di rompere il crogiuolo in cui si elabora l'infezione, e di assicurare il risultato della cura successiva.

Dell'affezione granulosa della congiuntiva e dell'oftalmia contagiosa per EDWARD NETTLESHIP F. R. C. S., Chirurgo oftalmico e Professore all' Ospedale di S. Tommaso, già Chirurgo all'Ospedale Oftalmico Sud di Londra ed ex-assistente clinico e Conservatore del Museo all'Ospedale Oftalmico Moorfields.

Traduzione del Dott. GIOVANNI BELTRAMI
assistente all' Ospedale Maggiore Mauriziano di Torino.

(Continuaz. alla pag. 415, num, 13)

Nel grado *immediatamente consecutivo*, 1) o il margine superiore del tarso mostra un anormale rossore con qualche papilla ingrossata, o l'intiera superficie tarsale perde la sua levigatezza, a causa dell' uniforme leggiero ingrandimento delle sue papille. Ambedue queste alterazioni s' osservano in molti casi. 2) Talora anche con la più leggiera alterazione nelle papille si sono trovate sul tarso in leggiera quantità disseminate piccole elevazioni circolari appiattite come fossero piccoli grani di sago. Esse sono affatto pallide come la congiuntiva circostante, e possono appena esser vedute a meno che si guardi obbliquamente sulla palpebra. 3) È però cosa più comune di non trovar traccia di grani di sago, eccetto

Digitized by Google

solamente ai limiti interno ed esterno finchè v'è solo un leggiero benchè deciso ingrandimento papillare e una leggiera congestione su tutta la superficie del tarso superiore. La superficie è allora di una tinta rossa più o meno uniforme disseminata di piccoli corpi bianchi d'una forma emisferica appiattita. I più piccoli sono appena visibili ad occhio nudo, i più grossi sono circa di un millimetro in larghezza. Essi mancano in quella parte della palpebra vicino al margine cigliare, e sono meno abbondanti verso il margine superiore della cartilagine che verso il suo centro. Talora si estendono a tutta quasi la superficie, e si uniscono insensibilmente ai grani di sago dapprima menzionati ai limiti esterno ed interno della palpebra; in altri casi sono limitati, o quasi, alla parte centrale del tarso. Talora solo uno o due si trovano sulla palpebra superiore. Questi sono generalmente più piccoli, quasi sempre più piatti, che le granulazioni in corrispondenza degli angoli della palpebra, e di quelle delle palpebre inferiori. Questi piccoli grani di sago sulla palpebra superiore non possono esser presi per le papille ingrandite e congeste da cui sono circondate, e che danno alla congiuntiva l'apparenza della più fina carta smerigliata. 4) Essi non sono però sempre visibili su tutta la superficie del tarso superiore, poichè in una considerevole proporzione di casi non si vede altro che una uniforme congestione e una superficie d'aspetto finamente sabbioso. Questa congestione può essere uniformemente capillare, ed i vasi più larghi essere affatto nascosti, oppure i grossi vasi possono essere i più appariscenti non essendovi allora che una congestione grossolana, senza molta alterazione della normale levigatezza della congiuntiva. È

Digitized by Google

degno di nota che la congestione si produce per ultimo, e quando non è uniforme, essa è più leggiera in una piccola parte lineare del tarso, situata a mezza via tra le due estremità, a circa due millimetri dal suo margine cigliare; i grossi vasi tutti convergono o raggiano da quest'area che è esattamente la parte, dove, come noi vedremo più tardi, la cicatrizzazione comincia nei casi gravi di palpebre granulose. Nell'ultimo stadio di una affezione leggiera o moderata granulosa della palpebra superiore, vi è un vario grado di inspessimento del tessuto sotto-congiuntivale, una considerevole ipertrofia papillare, e generalmente una congestione molto forte, e sonvi molti grani di sago biancastri più o meno prominenti. In luogo di alcuno di questi si possono talora osservare alcune piccole striscie, o punti leggermente depressi e pallidi indicanti l'assorbimento delle granulazioni prima esistenti. L'intiera palpebra a questo stadio ha un colore particolare macchiettato, e una irregolarità di superficie, che sono dati molto caratteristici.

Si vedrà che il relativo sviluppo delle alterazioni papillari e a grani di sago varia grandemente nei diversi gradi sopra descritti. In un buon numero di casi tutte le papille sono tanto allungate da formare come un mucchio di velluto, poichè le differenti zone ed ordini di papille sono spesso separati gli uni dagli altri, e lasciano delle fessure che appaiono a prima vista come vere interruzioni della membrana mucosa e che nascondono i grani di sago. Che l'elemento essenziale della malattia, anche in questi casi, sia la vera granulazione, a grano di sago, io lo credo certo in quasi tutti i casi. Nei casi i più *recenti* i grani di sago sono abbastanza evidenti, almeno alle

Digitized by Google

palpebre inferiori, ed in molti di questi casi vellutati, essi ricompaiono molto più chiaramente quando una cura parziale ha già ottenuto una diminuzione delle papille. L'esito naturale dei casi a tipo vellutato consiste in una graduata condensazione delle papille ipertrofiche, seguita da raggrinzamento e dalla diminuzione della vascolarizzazione. Finalmente rimane una superficie pallida, forse in parte cicatrizzata, affatto piana in alcune parti, ed in altre occupata da piccole granulazioni pallide e dure, rassomiglianti a grossi granelli di sabbia. Esse sono molto abbondanti e più grosse al disopra del tarso e nel seno congiuntivale della palpebra superiore. Spesso rimangono in questo stato per anni, probabilmente per tutta la vita.

Finora noi abbiamo potuto più o meno completamente apprezzare per mezzo di ovvie differenze i tre elementi della malattia, le granulazioni follicolari, le papille ipertrofiche, e l'infiltrazione (adenoide) diffusa dei tessuti congiuntivali e sotto-congiuntivali. Sebbene il grado rela ivo di diascuna alterazione, come si è veduto, varii grandemente, pure le vere granulazioni (follicoli linfatici) sono il primo ed essenziale costituente in ciascuna di dette affezioni.

Nelle *forme più gravi* di oftalmia granulosa, quantunque le granulazioni a grani di sago siano sempre un'alterazione importante e primaria, il processo morboso s'estende in tal grado alle papille ed agli altri tessuti della congiuntiva, che è spesso affatto impossibile il distinguere fra le granulazioni follicolari e papillari. Le papille che nel primo stadio della malattia sono molto più aumentate in lunghezza che in larghezza, negli stadii più avanzati si fanno gradatamente addensate, finchè esse formano masse

Digitized by Google

rotondeggianti, non distinguibili per grandezza, colore o apparente consistenza dai veri corpi a forma di grani di sago. In alcuni casi le papille si possono vedere in tutti gli stadii di ingrandimento nelle differenti parti della stessa palpebra. Allora i tessuti sotto-congiuntivali divengono sempre più o meno infiltrati da prodotti infiammatorii. L'apparenza della congiuntiva a questo stadio, la sua superficie foltamente tempestata da grandi floride e succulente granulazioni rotondeggianti, non ha bisogno di descrizione. È in questo stato che la maggior parte degli ammalati ricoverano all'ospedale.

L'assorbimento finale dei prodotti effusi in questi casi gravi è sempre accompagnato dal condensamento di una parte dei medesimi in una cicatrice dura, bianca e tendinosa. È inutile di descrivere dettagliatamente queste cicatrici; basta il menzionare che la primaria fra esse si trova quasi sempre formare come una piastra o una striscia lineare fra i limiti interno ed esterno della palpebra superiore, e fra il centro ed il margine libero del tarso e parallelamente con quest'ultimo. La precedenza di questa parte nelle trasformazioni regressive è senza dubbio connessa col fatto che è la parte meno vascolare della palpebra. Questo punto, come è già stato detto altra volta, è molto ben distinto in molte palpebre superiori, quando sono in uno stato di congestione cronica moderata. È facile osservare che i cambiamenti nelle curvature delle palpebre ed il permanente raccorciamento della congiuntiva sono proporzionati alla profondità della cicatrice ed al grado con cui viene affetta la falda oculo-palpebrale; e non si ha cicatrice profonda se non sono implicati i tessuti profondi sotto-congiuntivali. Si deve ben ritenere in

Digitized by Google

mente che la cicatrizzazione è l'esito naturale dell'affezione granulosa, quando essa è del tutto grave, e quando non si interviene. Dalla costanza con cui essa s'osserva nei casi di una stessa gravità, dall'invariabile presenza della precipua cicatrice sempre esattamente nella stessa parte della palpebra, che è pure sempre la meno vascolarizzata, e dal fatto che adoperando nei casi benigni la stessa cura che si fa nei casi gravi, non si hanno in quelli simili cicatrizzazioni, io credo, che non vi può essere dubbio che la maggior parte delle cicatrici che ora s'incontrano, specialmente le più gravi, sono dovute a che s'è lasciata proseguire la malattia senza una sufficiente cura, e non all'uso di deboli applicazioni caustiche (1). Le cicatrici che conseguono alla guarigione spontanea dell'oftalmia granulosa possono essere intieramente paragonate a quelle che tengono dietro alla scomparsa di depositi di lup non ulcerati, o alla guarigione spontanea dei nèi.

[Ciò era già stato scritto prima che venisse pubblicato il pregiato articolo del Prof. Sæmisch sulle

(1) Le cicatrici talora dipendono dall'ulcerazione della congiuntiva prodotta dalla cura; ma esse sono differenti e nella loro posizione, carattere ed aspetto da quelle dovute al naturale andamento della malattia. Esse si trovano generalmente sulla palpebra inferiore vicino al suo centro, e formano ivi delle brevi striscie bianche che uniscono assieme due principali ripiegamenti della congiuntiva che è in questo sito molto lassa ed a pieghe molteplici. Esse quasi sempre dipendono da ulcerazione superficiale, e questa generalmente si forma sulle due opposte faccie di un solco della congiuntiva ripiegata, ed è il risultato di una troppo forte applicazione di nitrato d'argento o pietra divina in questa parte. Io non ho mai visto alcuna distorsione del margine della palpebra esserne la conseguenza. Talora anche accade che simili ulcerazioni e cicatrizzazioni formino una piccola piastra sulla palpebra superiore per la stessa causa. Queste cicatrici sono in qualunque modo ben circoscritte, affatto superficiali, prive di quella speciale lucentezza tendinea delle cicatrici spontanee, e possono aver sede in qualunque parte della superficie.

Digitized by Google

malattie della congiuntiva in Graefe *Sæmisch's Handbuc*, B. 4., in cui descrive la *congiuntivite follicolare* come una malattia, che per caratteri essenziali si differenzia ed è per lo più in pratica facile a distinguersi dalla *congiuntivite granulosa*.

Noi dobbiamo forse ancora aspettare prima di dire l'ultima parola sui caratteri istologici dei corpi conosciuti col nome di « granulazioni », e sulla loro sede e modo d'origine. Su questi punti non avendo avuto occasione di fare osservazioni non posso emettere alcuna opinione. Mi pare però che riguardo all'eziologia, al decorso ed ai caratteri clinici, i punti di rassomiglianza sono assai più numerosi, più costanti e più importanti che le differenze a cui il Prof. Sæmisch è disposto a dare tanta importanza. Io non ho perciò a bella posta modificato l'esposizione che precede, perchè non posso a meno di ritenere, che nello stato attuale della questione la classificazione del Prof. Sæmisch arrecherebbe più imbarazzo che aiuto sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista amministrativo.

Dalle osservazioni che seguono ad un estratto del lavoro di Sæsmich parrebbe che l'idea qui espressa sia sostanzialmente quella emessa dal Prof. Sæmisch-Rimpler. (*Nagel's Jahresbericht for* 1875, p. 209)].

Sintomi che accompagnano l'oftalmia granulosa.

Esiste la più grande varietà nei sintomi soggettivi di questa malattia, varietà che non ha relazione di sorta, nei diversi casi, colle alterazioni oggettive, sebbene nei singoli individui questo rapporto si mantenga quasi sempre costante. La grande maggioranza

Digitized by Google

dei ragazzi con abbondanti grani di sago sulle loro palpebre inferiori, e spesso con congestione assai forte ed ipertrofia papillare vi diranno che non soffrono di male agli occhi. Generalmente non havvi affatto fotofobia e vi ha spesso un certo *rilasciamento della palpebra superiore* per l'allungamento del ligamento tarsale, e questo dà al paziente un aspetto sonnolento. Questa totale assenza di sofferenze è assai comune anche nei casi molto più avanzati, dove la congiuntiva delle palpebre inferiori e superiori è di un color cremisi, inspessita e convertita in una massa di granulazioni follicolari e papille ipertrofiche frammischiate. Non vi è rossore della parte visibile della congiuntiva oculare; ma spesso, forse generalmente, *le parti coperte dalle palpebre* sono più o meno *congestionate;* l'arrossamento maggiore si trova nei seni palpebrali e proseguendo diminuisce gradatamente in modo che nelle sue ultime traccie si riduce a pochi vasi congiuntivali più larghi che raggiano verso la cornea. Lo stato di congestione della congiuntiva palpebrale è spesse volte ben dimostrato da quello della *caruncola* che con il suo aspetto rosso-carneo spesso rivela una condizione che potrebbe altrimenti sfuggire. Queste considerazioni sulla congestione si riferiscono ai ragazzi *veduti di giorno.* Esaminando una quantità di casi appena dopo svegliati al mattino non è raro di trovarne alcuni con leggiera congestione della parte scoperta della congiuntiva oculare. Questa tosto scompare come risultato probabilmente degli effetti astringenti della esposizione all'aria fredda (1).

(1) Attacchi ed esacerbazioni notturne. Alcuni fatti interessanti possono qui esser menzionati. Tutti gli osservatori vanno d'accordo nell'ammettere che gli attacchi d'oftalmia purulenta generalmente insorgono nella notte, cioè che i primi sintomi si fanno sentire al mattino svegliandosi. Vien

Digitized by Google

La congestione permanente di questi vasi della congiuntiva, costantemente coperti dalle palpebre, è dovuta a che il calore in questa parte è meglio conservato, ed in parte anche perchè sono più vicini alla principale fonte sanguigna in confronto di quelli che si trovano sulla parte scoperta del bulbo. In qualche caso v'è *fotofobia;* questa varia in grado e tempi diversi in ciascun paziente, ma rimane per assai lungo tempo quando una volta s'è dichiarata. Per quanto le mie osservazioni mi dimostrarono, la fotofobia è generalmente dipendente ed in relazione con ulcerazioni o pregresse, o tuttora esistenti. Probabilmente in qualche caso il continuo ammiccare delle palpebre dovuto alla fotofobia (o più correttamente all'esaltata sensibilità della congiuntiva) produce dapprima la ulcerazione. In altri un attacco d'oftalmia flictenulare produce l'intolleranza della luce per la prima volta. È mantenuta in qualche caso in parte dall'abitudine;

anche comunemente detto che i casi d'oftalmia acuta d'ogni specie, comprese le recidive, sono in peggior condizione al mattino che in qualunque altro tempo. Ciò s'estende anche ai casi più leggieri, ed io ho spesso notato che in certi ragazzi che mostrano una leggiera congestione oculare al mattino, questa scompariva nel decorso del giorno. Ciò è stato spesso creduto come una prova che la contagiosità generalmente avviene durante la notte e col mezzo dell'aria. Anche nello stato di salute gli occhi di persone sane sono un po' arrossati al mattino. Questo fatto pare però di minor valore per il nostro assunto, dal momento che l'inoculazione secondo questa ipotesi dovrebbe farsi nella mezz'ora od ora prima che i pazienti vadano a letto. Ciò sembra dipendere piuttosto (lasciando a parte i casi dovuti all'aria fredda), dall' aumentato afflusso di sangue che si deve supporre dover scorrere agli occhi quando il corpo è orizzontale, ed i vasi congiuntivali rilassati da calore che consegue alla chiusura delle palpebre nel sonno. Queste dovrebbero essere le migliori condizioni per il moltiplicarsi di un germe impiantatosi durante il giorno precedente. Senza dubbio l'esacerbazione mattutina negli attacchi acuti è dovuta in parte anche all'irritazione causata dalle lagrime e pus rinchiusivi.

Digitized by Google

mentre, d'altra parte, l'atto dell'ammiccare aiuta a mantenere l'irritabilità congiuntivale che dapprima diede luogo alla medesima.

Il sintomo principale che ci rimane a considerare è quello della *secrezione*. Non è tanto facile, come parrebbe a prima vista, di provare la completa assenza di secrezione nella congiuntiva in un grande assembramento di ragazzi. Se non ve n'è affatto, se ne troverà però al mattino di buon'ora, prima che la faccia sia stata lavata. Essa può assieme agglutinare le ciglia in piccoli ciuffetti appuntati, o se mescolata con molte lagrime può scorrere sovra la pelle della palpebra inferiore ed essicarsi in piccole scaglie bianche come il vischio essicato d'un pesce, o può formare un piccolo ammucchio all'angolo interno, od esser nascosta sotto forma di una striscia o di una lamina tra la palpebra inferiore ed il globo oculare. Da molte accurate e ripetute osservazioni di casi leggieri io non dubito punto ad affermare che nella grande maggioranza dei casi di congestione della congiuntiva oculare si osserva del pari un aumento della secrezione del muco. Per iscopo pratico non pare essere di molta conseguenza, se questa secrezione dipenda dall'ipertrofia delle ghiandole tubulari della congiuntiva (Müller, Thiry) o dalle cellule epiteliali di tutta la superficie: probabilmente ha origine dalle une e dalle altre. È di maggior importanza il sapere che essa per varie cause di poco valore può diventare opaca e bianca o gialla per la miscela col pus, che questa alterazione nella qualità, che è sempre accompagnata da un leggiero aumento in quantità, spesso ha luogo rapidamente (in poche ore), e che può rapidamente riprendere il suo primitivo carattere e quantità. Vi è talora ancora un' aumentata

Digitized by Google

secrezione di lagrime, di modo che gli occhi di qualche ragazzo appaiono sempre « umidi ». Le due specie di secrezione (muco e lagrime) non sono sempre presenti in un grado corrispondente; in qualche caso la secrezione è sempre « acquosa », in altri sempre « vischiosa ». Per quanto riguarda l'insieme di questi diversi sintomi, noi troviamo, come già dicemmo, che il loro decorso ed i sintomi entro cui essi variano sono per lo più assai costanti in ciascun ragazzo, ma che non v'ha rapporto fisso fra di loro, esaminati nei diversi ragazzi.

Molti casi non presentano altri sintomi che i seguenti: — leggiera secrezione mucosa od acquosa, talora una debole congestione oculare e forse una lieve fotofobia transitoria, costantemente una congestione più o meno forte della caruncola e dei vasi più grossi della congiuntiva oculare che sono lontani dalla cornea. Questi sintomi possono coesistere con affezioni granulose molto avanzate. È certo che molti ragazzi con affezioni granulose gravi continuano per lungo tempo (probabilmente per parecchi anni) a presentare una leggiera secrezione, e che questa nello stesso ragazzo continua ripetutamente con le stesse variazioni, diventando una volta leggermente purulenta per alcuni giorni, e poi diminuendo di nuovo fino ad una piccola traccia di muco chiaro, e rimanendo in questo stato per settimane. Vi sono altri che, se non sono sotto cura, presentano costantemente una maggior quantità di secrezione, di guisa che le loro palpebre sono al mattino assieme agglutinate, e una quantità maggiore o minore della materia secreta si raccoglie nelle palpebre inferiori od agli angoli interni durante il giorno. Oltre questi, havvi ancora un altro gruppo, in cui la secrezione, come regola, cresce gra-

Digitized by Google

datamente appena la cura viene interrotta, e alla fine diviene profusa e purulenta, accompagnata da rossore della congiuntiva oculare e spesso da fotofobia; qui, come nei casi più leggieri, i sintomi non hanno alcun rapporto fisso col grado dell'affezione granulosa. Sia che la secrezione in questi due gruppi di casi si consideri come il risultato dell'affezione granulosa non interrotta, oppure come conseguenza di un nuovo contagio o di qualche nuova irritazione della congiuntiva, questi casi devono a scopo clinico esser distinti da quelli in cui non v'è traccia di secrezione, ad eccezione di pochissimo muco, e saranno meglio studiati trattando dell' oftalmia contagiosa. Contuttociò, qui deve esser notato che la maggioranza dei casi con secrezione permanente si osservano in giovani ragazzi (da tre ad otto anni), e che dalla costanza dei sintomi in ciascun caso è quasi certo che le successive recidive che in essi occorrono, dopo che la cura venne ommessa, sono dovute al ritorno di quell'azione morbosa sulla parte della congiuntiva che era stata molto ridotta e tenuta in freno dalle applicazioni locali.

Esiti e risultati dell'affezione granulosa.

Si trova molta difficoltà nell'accertare la proporzione dei casi in cui un permanente danno alla vista è il risultato dell'affezione granulosa; non ostante tutto ciò che è stato scritto, vi è ancora, io credo, molto malinteso su questo soggetto. Mentre ammetto completamente i danni assai gravi alla vista che risultano dall'ulcerazione della cornea e dal panno nei casi gravi di palpebre granulose, e vado fino a

Digitized by Google

dire che una considerevole proporzione delle opacità che s'incontrano nei ragazzi è dovuta direttamente o indirettamente a questa malattia, io credo però che sia un errore l'asserire che tali conseguenze tengono dietro alla maggioranza dei casi di palpebre granulose. Da ciò che cadde sotto la mia propria osservazione, io non posso avere alcun dubbio che le opinioni espresse su questo soggetto da molti chirurghi d'armata siano sostanzialmente corrette, e che la più parte dei casi d'oftalmia granulosa passino attraverso i loro stadii, si ristabiliscano con o senza cicatrizzazione, senza che ne segna poscia danno di sorta. Non v'ha quasi alcun dubbio che tutti i casi di pannо parziale o completo, la maggior parte di quelli di entropion « organico » e di trichiasi, come pure molti di alterazione nella posizione e dimensione dei canalicoli e punti lagrimali sono il risultato dell' oftalmia granulosa. Fino a che le palpebre, specialmente le superiori, sono notevolmente ruvide, o per le sole papille in istato di cronica ipertrofia, o per la presenza contemporanea di grani di sago e granulazioni papillari, o per cicatrici rigide prominenti, la corrispondente parte della cornea è sempre in pericolo di ulcerazione e panno. Casi di ulcerazione superficiale ripetuta della cornea, a forma di numerose faccette, sono anche non raramente il risultato di oftalmia granulosa, complicata con grave oftalmia tarsale. Vi è anche a temere che, come conseguenza di tutto ciò, l'oftalmia granulosa possa arrecare una prolungata e ripetuta fotofobia di un grado tale da impedire le occupazioni giornaliere. Anche ammessi tutti questi casi, ne rimane tuttavia ancora una grande proporzione in cui nessun serio risultato ne consegue nei parecchi anni in cui i ragazzi frequentano le scuole. E seb-

Digitized by Google

bene l'entropion e le alterazioni corneali si siano viste cominciare talora più anni dopo che i ragazzi lasciarono la scuola, e poter loro provocare molti disturbi, io credo che questa successione di fatti sia rara. Io ho veduto un gran numero di ragazzi le cui palpebre erano in tutta la loro estensione cicatrizzato per questa malattia (qualcuno di essi, a giudicare dalla loro storia, era certamente in tale condizione da parecchi anni), che non ne riportarono alcun danno, e sebbene li abbia avuti in continua osservazione per dodici mesi, non osservai mai in essi la più leggiera alterazione nella curvatura e posizione delle palpebre. *(Continua)*

BIBLIOGRAFIA

Chiamato ad insegnare la Fisica medica nella Università di Camerino, l'illustre Prof. Osvaldo Casali deliberò di dotare la letteratura medica italiana di un trattato di *fisica elementare applicata alla medicina*, il quale fosse di sicura guida agli Studenti di medicina, di chirurgia e di farmacia.

Questo trattato, edito sotto il modesto titolo di *Corso di fisica medica* dai tipi del nostro Paravia in Torino, consta di oltre 500 pagine in ottavo grande, con 43 tavole, e 330 figure incise in legno.

Io raccomando caldamente questo libro ai nostri Studenti di medicina, avvegnachè l'Autore abbia dato conveniente sviluppo alle teorie, le quali hanno maggiore relazione collo studio della fisiologia sperimentale corredandone la spiegazione con chiari e semplici teoremi matematici.

Mi piace il notare a prova di quanto vengo di affermare come siano in questo libro specialmente sviluppati e studiati i seguenti importantissimi teoremi di fisica medica.

Digitized by Google

In meccanica. Applicazione della leva nell'organismo animale. Miografo di Helmholtz. Lavoro muscolare. Ponderazione e locomozione del corpo umano. Completa teoria del moto ondulatorio.

In idrostatica. Descrizione dettagliata degli areometri e loro uso in medicina.

In idrodinamica. Scolo dei liquidi in tubi retti e piegati ad angolo... in tubi di eguale e di vario diametro.... in tubi ramificati... in tubi capillari... ed in tubi elastici. Moto ondulatorio dei liquidi. Applicazione di dette teorie alla emo-dinamica. Descrizione degli apparati destinati a misurare la tensione e velocità di moto del sangue. Sfigmografi, cardiografi, ecc., ecc.

In pneumatica. Applicazione delle teorie di pneumatica agli apparati e strumenti di uso medico-chirurgico.

In acustica. Dei rumori istantanei e prolungati. Applicazione di tali nozioni alla stetoscopia.

In elettrologia. Apparecchi usati nella elettro-fisiologia. Delle correnti elettriche muscolare e nervosa. Azione della corrente elettrica sui nervi e sui muscoli. Applicazioni fisiologiche e terapeutiche dell'elettricità.

In termologia. Uso del termometro in medicina. Temperatura degli animali a sangue caldo, a freddo. Termogenesi. Conversione del calorico in forza muscolare. Macchinismo della respirazione, Spirometri, Metodi di riscaldamento e di ventilazione degli ospedali, infermerie, lazzaretti, ecc.

In ottica. Dettagliata definizione delle obessazioni delle lenti. Esposizione particolareggiata dell'ottica fisiologica. Istrumenti ottici per uso medico. Spiegazione semplice e chiara dei fenomeni di interferenza, diffrazione, doppia rifrazione, e polarizzazione della luce, ecc., ecc.

Torino, li 15 dicembre 1878.

Prof. Alberto Gamba.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 44ª settimana

dal 27 ottobre al 2 novembre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	4	2	6	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	1	»	1	» tubercolose, scrofolose	3	2	5
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	1	1	» sifilitiche	1	»	1
Convulsioni, elmintiasi	4	»	4	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	»	1	1	» ematiche	»	»	»
Coclussie	»	»	»	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	3	1	4	» scirrose, cancerose	»	1	1
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	1	»	1
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	1	2	3	TOTALE	57	41	98
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	13	4	17
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	1	3				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 44ª settim.ª	70	45	115
Malattie dell'appar.° respiratorio	19	13	32	» nelle settim.ª precedenti	2941	2935	5876
» dell'apparato dell'alimentazione	8	8	16				
» dell'app.° cardio-vasale	3	3	6				
» del sistema nervoso	7	4	11	TOTALE complessivo	3011	2980	5991
» dell'app. uropoietico e genitale	»	1	1				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2603	2619	5222
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 44ª settimana	69	68	137	5	6	11
Nelle precedenti	2991	2811	5802	236	148	384
TOTALE COMPLESSIVO	3060	2879	5839	241	149	395

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore COLOMIATTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 8 novembre 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Soci: Olivetti, Pertusio, Giacomini, Laura Gio., Arena, Berti, Giudice, Martorelli, Mosso, Novaro, Valerio, Chiappero, Perotti, Porporati, Gibello.

Il **Presidente** nell'aprire le sedute dell'Accademia dà il benvenuto ai Soci colle seguenti parole:

Onorevoli Socii,

Io vi do il benvenuto, onorevoli Colleghi, reduci dalle vostre peregrinazioni scientifiche autunnali.

Dichiarando aperta la nuova sessione accademica io sento il dovere di ringraziarvi per la vostra frequenza, per le dotte memorie originali, e per le importanti presentazioni, rapporti e discussioni state tenute nella scorsa sessione. Ed il mio cuore desidera pur anco ringraziarvi per l'appoggio ed indulgenza di cui Voi mi foste cortesi. Appoggio benigno, il quale io invoco in occasione della nuova sessione.

Durante le vacanze nessun fatto, nessun motivo mi indusse a convocare la Commissione di vigilanza, e rappresentanza della nostra Accademia.

Il nostro onorevole amatissimo Collega Dott. Peyrani migliorò di salute: il riposo dalle sue occupazioni ed il soggiorno in clima salubre valse ad invigorire la stanca fibra. Son persuaso d'essere vostro interprete nel far voti per la sua prossima guarigione a vantaggio della scienza dal chiarissimo Collega così proficuamente

Digitized by Google

coltivata, e della nostra Accademia la quale ebbe, da lunghi anni, ad apprezzarne le doti della mente, e del cuore.

La relazione sull'ultimo concorso del premio Riberi non fu per anco stampata; ma son lieto annunziarvi che sarà pubblicata fra poco nel nostro giornale accademico, e quindi ne saranno estratte copie a parte per i Socii, i corrispondenti e gli interessati al concorso. Son lieto di annunziarvi che l'Avvocato Riberi farà anche per questo concorso, come per gli antecedenti, offerta di una somma per le spese della stampa.

Posso anche annunziarvi che allo scopo di definire, e conchiudere il convenuto atto pubblico tra il Sig. Avv. Riberi, e l'Accademia onde rendere i premii, sessennali, e perpetui, il collega prof. Bruno scriveva, e verbalmente conferiva col prelodato signor erede. Il ritardo dipende da cause di malattia del sullodato sig. Avv., ma io voglio sperare, che fra non molto tempo questo importantissimo fatto sarà compiuto.

Prego il sig. Segretario Generale a leggere l'elenco delle presentazioni.

Atti della R. Accademia delle scienze di Torino. Vol. XIII, disp. 6, 7, 8 (aprile, maggio e giugno 1878). Torino, 1878.

Atti del Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti dal novembre 1877 *all'ottobre* 1878. Tomo quarto, serie quinta, dispensa ottava e nona. Venezia, 1877-1878.

Barduzzi *Dott.* D. — *Dell'iodoforme nella terapia delle malattie veneree.* Pisa, 1878 (Estratto dal *Commentario clinico* di Pisa).

Cazenave de la Roche — *De la cause réelle de la pellagre* (Lombroso).

Cozzolino *Dott.* Vincenzo — *Studi farmacologici e terapici sull'acido timico, solfotimato di chinina e timato di soda (nuovi rimedi).* Napoli, 1878 (Estratto dal *Giornale Internazionale di scienze mediche*).

De Beauregard R. — *Notice historique et statistique sur l'épidémie du choléra en Egypte en* 1865. Marseille, 1878.

Denza *Prof.* Francesco — *Bullettino meteorologico dell'Osservatorio del R. Collegio Carlo Alberto in Moncalieri.* Vol. XII, N. 11-12; Vol. XIII, N. 1-2. Torino, 1878.

Digitized by Google

Favara *Dott.* Francesco — *La decadenza fisica dell'uomo.* Milano 1878 (al Socio Rizzetti per rapporto).

Fedeli *Prof. Comm.* Fedele — *Clinica Medica della R. Università di Pisa* (1877-78). Pisa 1878, prima parte.

Ferruccio *Dott.* Tartuferi — *Le eminenze bigemine anteriori ed il tratto ottico della talpa europea.* Reggio Emilia, 1878 (Estratto dalla *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*).

Giacomini *Prof.* Carlo — *Topografia della Scissura di Rolando.* Torino, 1878 (Estratto dal *Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino*).

Hussemann — *Uber etnige producte der gelant ter, mais* 1878 (Lombroso).

Lombard *Dott.* Carlo — *Sul lavoro dei mentecatti nella casa succursale di Collegno nell' annata agricola* 1876-77. Torino, 1878.

Manfredi *Prof.* Nicolò — *R. Università di Modena. La Clinica Oculistica nel triennio scolastico* 1875-76-77. Milano, 1878 (Estratto dagli *Annali d'Oftalmologia*).

Maragliano *Dott.* Dario — *Le localizzazioni motrici nella corteccia cerebrale, studiate specialmente dal lato clinico.* Reggio-Emilia, 1878 (Estratto *dalla Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*).

Maragliano e Seppilli — *Studi clinici a contributo delle azioni delle correnti elettriche, dei metalli e della magnete in alcuni casi di anestesia.* Reggio-Emilia 1878 (Estratto dalla *Rivista sperimentale di freniatria e med. legale*).

Id. — *Della influenza del vaiuolo sulla pazzia.* Milano, 1878 (Estratto dall'*Archivio Ital. per le malattie nervose*, ecc.).

Martorelli *Dott.* Benedetto — *Rapporto generale statistico delle vaccinazioni praticate durante l'anno* 1876. Torino, 1878 (Estratto dal *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*).

Mattei Cesare — *La scienza nuova e la scienza vecchia.* Casale Monferrato, 1878.

Mattei *Dott.* A. — *De la resorption de la liqueur séminale, de son action tonique, excitante sur l'homme et sur la femme;*

Digitized by Google

nombreuses conséquences pour la physiologie et pour l'hygiène. Paris, 1878.

Mémoires de la Section de médecine de l'Académie des sciences et lectures de Montpellier. Tome V, 1^er^ fascicule, années 1872-76. Montpellier, 1877.

NISTRI *Prof.* GIOVANNI — *I bagni di S. Giuliano presso Pisa.* Pisa, 1878.

PERUZZI *Dott.* DOMENICO — *La prima centuria d'ovariotomie in Italia.* Forlì, 1878 (Estratto dal *Raccoglitore Medico*).

PETTERUTI *Dott.* G. — *I tisici alla solfatara.* Napoli, 1878 (Estratto dagli *Annali Clinici degl'Incurabili*).

Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere. Serie II, vol. XI, fasc. XIV a XXIII. Milano, 1878.

Resoconto delle adunanze e dei lavori della R. Accademia Medico-chirurgica di Napoli. Tomo XXXII, fasc. 2 (aprile, maggio e giugno 1878). Napoli, 1878.

RICCARDI *Dott.* PAOLO — *Studi intorno ad alcune anomalie del sistema dentario dell'uomo.* Modena, 1878 (*Museo Nazionale d'antropologia e di etnologia*).

ID. — *Intorno ad un caso di dente soprannumerario nell'uomo.* Firenze, 1878 (*Id.*).

ID. — *Intorno ad una rara anomalia dell'osso molare dell'uomo.* Firenze, 1878 (*Id.*).

ID. — *Contribuzione allo studio delle anomalie del sistema dentario nell'uomo.* Firenze, 1878 (*Id.*).

ID. — *Studi intorno ad alcune anomalie dell'osso molare nell'uomo.* Firenze, 1878 (*Id.*).

ID. — *Nota intorno ad alcune anomalie riscontrate nella regione palatina del cranio umano.* Firenze, 1878 (Id.).

RIPA *Dott.* LUIGI — *La medicina comunale o la civiltà igienica.* Anno XVIII, settembre, ottobre, novembre. Seregno, 1878.

RIVOLTA *Prof.* SEBASTIANO — *Sul cosi detto mal del rospo, della trutta e sull'Actinomyces bovis di Harz.* Milano, 1878 (Estratto dalla *Clinica Veterinaria*).

RIZZETTI *Dott.* GIUSEPPE — *Bullettino medico-statistico della città di Torino.* N. 30 a 43. Torino, 1878.

Digitized by Google

Società di soccorso agli Orfittici di Livorno. Anno VII. Livorno, 1878.

Tempesti *Dott.* Carlo — *Sopra una litotrizia e sul metodo misto nella cura delle pietre vescicali.* Pisa, 1878 (Estratto dal *Commentario Clinico di Pisa*).

Tizzoni *Dott.* Guido — *Sulla patologia del tessuto nervoso, osservazioni ed esperimenti sulla istologia normale e patologica della fibra nervosa.* Torino, 1878. (Estratto dall'*Archivio per le scienze mediche*).

Tortora *Dott.* Ignazio — *Sull'impiego dei sali di berberina nel tumore cronico di milza per malaria.* Napoli, 1878 (Estratto dal *Morgagni*).

Toselli *Dott.* Enrico — *Dell'estratto acquoso di segala cornuta nella cura delle malattie mentali.* Milano, 1878 (Estratto dall'*Archivio Italiano per le malattie nervose*, ecc.).

Verardini *Dott.* Ferdinando — *Nota sui risultati della elettrolisi in casi d'aneurismi dell'aorta.* Bologna, 1878 (Estratto dal *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna*).

Id. — *Ricerche intorno la casualità del soffio utero-placentare e nuove osservazioni confermative l'utile dell'ascoltazione intra-vaginale per diagnosticare i primi periodi della gravidanza.* Venezia, 1878.

Wasseige *Prof.* — *Du crochet mousse articulé.* Liège, 1876 (Extrait *des Annales de la Société medico-chirurgicale de Liége*).

Id. — *Deuxième observation d'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique et description d'un nouveau constricteur.* Bruxelles, 1878 (Extrait du *Bulletin de l'Académie Royale de médecine de Belgique*).

Il Socio **Arena** annunzia all'Accademia che il Colonnello medico Barossio venne nominato Direttore dell'Ospedale militare di questa Città. Essendo egli Socio onorario della nostra Accademia dopo che abbandonava la sede di Torino in qualità di Socio ordinario, il Comm. Arena propone che il Colonnello Barossio venga invitato a sedere nella nostra Accademia come Socio ordinario.

Digitized by Google

Il **Presidente** dice che l'Accademia è lieta di tale novella e che egli si affretterà in nome dei Soci di pregare il Colonnello Barossio a riprendere il suo seggio nel seno dell'Accademia, rallegrandosi di esordire l'anno accademico col riacquisto di un Socio così distinto per meriti scientifici e per infaticabile attività.

Il Socio **Valerio** legge un elogio funebre del compianto Socio onorario Maffoni (vedi pag. 470).

Terminata la lettura, il **Presidente**, interprete dell'Accademia, ringrazia il Socio Valerio per le commoventi parole pronunziate sulla vita e nella morte del compianto Socio onorario Maffoni.

Il Presidente **Gamba.**
Per il Segretario particolare **Mosso.**

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

ANNOTAZIONI SULL'ANATOMIA DEL NEGRO

per **C. Giacomini**

Comunicazione fatta in seduta del 2 agosto 1878

Le nozioni bene stabilite che oggidì si posseggono sull'Anatomia dell'uomo, sono quasi esclusivamente fondate sullo studio della razza Caucasica. Di qui si trasse il tipo ideale che serve di norma alle descrizioni degli anatomici, e questo tipo venne ancora considerato come il più perfetto dell'umana organizzazione. L'anatomia delle altre razze fu fino ad ora di troppo negletta. Le osservazioni furono rivolte e limitate allo scheletro, agli organi nervosi centrali, al

Digitized by Google

sistema muscolare; ma ciascuna parte fu studiata isolatamente, e non fu messa in rapporto con gli altri apparati del medesimo individuo; per cui possiamo asserire che la scienza oggidì non possiede una completa descrizione della struttura di un solo individuo di altra razza, che non sia la bianca.

E non è certamente l'interesse che difettava in questi studi, essendochè essi avrebbero potuto portare degli elementi preziosi alla soluzione di intricate questioni che si vanno ognora ventilando; ma era piuttosto l'opportunità che mancava. Presso di noi infatti, accade rarissimamente d'avere a disposizione individui d'altra razza, o seppure ciò succede, non è sempre possibile di studiarli con quella diligenza ed assiduità come si conviene.

Si comprende quindi facilmente quale fu il mio contento, quando sul finir del passato anno, e sull'esordire del presente vennero portate all'Istituto Anatomico due negre provenienti dall'Abissinia, morte all'Ospedale Cottolengo. Esse erano legate dai più stretti vincoli di parentela, essendo madre e figlia; la prima d'anni 25, la seconda d'anni 2.

Gli studi antropologici hanno dimostrato come la popolazione Abissina, quale oggidì si osserva, ebbe molteplici origini, per cui essa risulterebbe dall'unione di razze molto diverse. Si ammette infatti come molto probabile che la razza negra autoctona di questo paese per le frequenti immigrazioni di popoli finitimi, mettiamo ad es: Egizii o Semitici, abbia perduto non solo della purezza del suo tipo, ma sia stata soperchiata dagli invasori, per cui ne risultò una popolazione, che cotanto si allontana, sia per i caratteri etnici, come per il grado di civilizzazione dagli Africani della medesima zona.

Digitized by Google

I due individui, oggetto del nostro studio, si presentavano con caratteri che confermerebbero quanto siamo venuti dicendo. Essi avevano la pelle fina e di color nero, i capelli lanosi, il naso leggermente schiacciato, le labbra non molto sporgenti, pochissimo pronunciati i zigomi. Fatta astrazione di questi caratteri che ricordavano evidentemente l'origine primigenia, la conformazione del resto del corpo era regolare, per modo che non si sarebbe potuto distinguere da un tipo il più perfetto d'Europeo. La madre era d'alta e svelta statura, un po' emaciata per lunga malattia sofferta; la figlia si trovava in tutta la pienezza del suo sviluppo, essendo perita di morbo acuto. Anche le facoltà intellettuali, a quanto mi fu riferito, si manifestavano ben svolte.

Io mi diedi tosto a studiare minutamente quegli organi che per la loro delicatezza non ammettevano dilazione, collocandoli poi insieme agli altri in liquidi conservatori, onde ritornare sui medesimi con maggior comodità. Potei in tal modo rilevare diverse particolarità, che io credo abbiano un certo interesse per l'Anatomia comparata delle razze umane e che spero di poter man mano comunicare alla nostra Accademia. In queste mie comunicazioni però io non seguirò nessun ordine nè anatomico nè fisiologico, ma andrò esponendo quelle disposizioni che prima furono messe in evidenza e che ho creduto degne d'essere illustrate, accompagnandole da quei studii di confronto che ho potuto intraprendere e che possono portare qualche schiarimento all'interpretazione delle medesime. Così facendo, le mie osservazioni parranno un pò sconnesse, ma, se mi sarà dato di poterle tutte rendere di pubblica ragione, si vedrà in allora come sia cosa facile di poterle ordinatamente disporre.

Digitized by Google

La via da me tenuta era peraltro una necessità che mi fu imposta dalle minute ricerche che ho dovuto intraprendere, essendo che non mi proponeva solo di constatare, la forma, il rapporto, il volume, il peso di un dato organo, ma desiderava di conoscerne ancora la intima conformazione. Come ben si scorge il cômpito era dei più gravi e dei più scabrosi, ma debbo tosto confessare che non ho la benchè minima pretesa d'avervi pienamente corrisposto; queste mie osservazioni devono essere considerate come un debole tentativo per raggiungere quell'ideale che mi era formato.

In questa sera desidero solo chiamare l'attenzione dei miei Colleghi sopra due particolarità, che possono interessare tanto l'anatomico quanto il fisiologico. La prima di esse sta nell'aver riscontrato la presenza di una cartilagine nella piega semilunare, l'altra nella struttura dell'ovaia della bimba negra di 2 anni.

I.

Cartilagine della piega semilunare.

Uno dei principali organi a cui ho rivolto la mia attenzione si fu il globo oculare. Il modo con cui si trovavano conformate le palpebre, la disposizione della congiuntiva, la inserzione dei muscoli sul globo oculare e le espansioni loro erano altrettanti problemi che mi proponeva di studiare. Dopo aver diligentemente preparato il muscolo orbicolare delle palpebre nella madre, io cercai di studiare il muscolo d'Horner; quando ecco che alla parte interna della

Digitized by Google

caruncula lacrimale trovo un corpo resistente, elastico, che in date posizioni dell'occhio faceva sporgere maggiormente quella piega della congiuntiva che costituisce la Plica semilunaris, corrispondente alla terza palpebra degli animali, la quale si trovava nel nostro soggetto mediocremente sviluppata.

Mi balenò tosto alla mente che tale corpo potesse essere un resto della cartilagine che si trova nella terza palpebra in molti animali. E per assicurarmene esportai il globo oculare insieme alle altre parti contenute nella cavità dell'orbita, e sulla guida del muscolo retto interno, giunsi a metterlo allo scoperto senza interessare la congiuntiva; e vidi allora come esso risultava di una laminetta quadrilatera a bordi smussati, la quale col suo margine anteriore si avvanzava fino nello spessore della piega semilunare. Presentava una facetta oculare rivolta verso il globo dell'occhio, e l'altra carunculare la quale appoggiava ed aderiva strettamente all'espansione fibrosa del muscolo retto interno, per cui la contrazione di detto muscolo doveva far sentire la sua azione anche sopra questo piccolo corpo. Aveva la stessa conformazione esterna e gli identici rapporti in ambedue gli occhi, tanto nella madre quanto nella figlia. In questa però si presentava di una maggiore estensione in senso verticale: ed in fatti mentre nella madre misurava 5 mill. quello della figlia oltrepassava i 7 mill. La estensione in senso antero-posteriore era presso a poco eguale, vale a dire da $2^1/_2$ ai 3 mill. L'esame macroscopico ci dimostrava avere tale corpo tutti i caratteri di una cartilagine: ma onde studiarne meglio la natura e la intima costituzione, lo sottoposi a sezioni microscopiche fatte successivamente l'una all'altra onde poterlo osservare in tutta la sua esten-

Digitized by Google

sione. Della madre scelsi l'occhio sinistro, della figlia l'occhio destro. Le sezioni nella prima vennero fatte orizzontalmente, nella seconda invece verticalmente. Siccome però la cartilagine era stata messa allo scoperto col mezzo della dissezione e quindi in gran parte isolata dai tessuti circonvicini, così in queste sezioni non si è potuto ottenere dei preparati i quali ci indicassero esattamente la topografia della cartilagine rispetto alle altre parti dell'apparato della visione; per altro avendo compreso nelle sezioni la caruncula lacrimale, questa può servirci di guida per stabilire la sua posizione.

Le sezioni trasverse dimostrarono come la cartilagine avesse un margine anteriore assottigliato che era quello che si impegnava nello spessore della plica semilunare, distando dalla superficie libera della congiuntiva di poco più di 1 mm.; un margine posteriore arrotondato; la faccia che guarda il globo oculare, piana o leggermente concava; la faccia carunculare convessa: per la quale disposizione meglio s'adattava alla convessità dell'occhio, con cui si trovava in stretto rapporto per mezzo di lasso tessuto connettivo. La cartilagine era circondata da uno strato di tessuto connettivo compatto che rappresentava una specie di pericondrio. All'esterno di questo strato si trovava un po' di tessuto adiposo e vasi sanguigni diretti dall'indietro in avanti, i quali erano per altro più numerosi attorno alla cartilagine della figlia.

All'esame microscopico la cartilagine si dimostrava costituita da belle e numerose capsule di forma globosa e voluminose verso la parte centrale; alla periferia queste capsule divenivano più numerose, più irregolari nella forma e più piccole. La sostanza fondamentale entro cui erano immerse tali capsule non

Digitized by Google

era prettamente ialina, ma ai maggiori ingrandimenti si dimostrava finalmente fibrillare, e le sottili fibrille avevano tutte una direzione perpendicolare alle due faccie della cartilagine, come se il punto di loro origine fosse la capsula fibrosa involgente.

Nelle cellule profonde dell' epitelio pavimentoso della congiuntiva si trovava pigmento analogo a quello della cute, il quale si andava facendo più abbondante verso la caruncula lacrimale: fatto questo che non è speciale alla razza negra, nè proprio della regione della congiuntiva che stiamo studiando.

Nel tessuto connettivo della caruncula lacrimale ho riscontrato una particolarità che è ben dimostrata dalla fig. 1 della tav. II; e questa particolarità consiste nella presenza di una ghiandola, che per la conformazione e struttura si allontana dalle ordinarie ghiandole sebacee che si trovano in tale località. Essa si presentava di figura ovale col massimo diametro che misurava poco più di un millimetro, con un diametro trasverso di mezzo millim. Era una ghiandola a grappolo che presentava il suo canale escrettore della larghezza in media di 50 micromill.; tapezzata da epitelio cilindrico, il quale con andamento un po' tortuoso veniva ad aprirsi sulla caruncula in mezzo allo sbocco di due follicoli pelosi. Anche questa è una disposizione che si riscontra non raramene nell'uomo bianco, come diremo più avanti.

Il fatto però su cui richiamo l'attenzione dell'Accademia si è la cartilagine della piega semilunare. Malgrado le due Negre sulle quali venne riscontrata la detta cartilagine siano fra loro legate dai più stretti vincoli di parentela, e sia quindi supponibile che tale disposizione sia stata trasmessa dalla madre alla figlia per eredità, come vedremo avvenire per altre parti-

Digitized by Google

colarità del sistema vascolare e muscolare, tuttavia tale fatto non può che chiamar l'attenzione degli Anatomici e degli Antropologi, onde vedere se esso sia reperibile su altri individui di razza diversa dalla bianca, nel qual caso costituirebbe un carattere anatomico differenziale del massimo momento.

Gli autori che hanno trattato delle differenze anatomiche che esistono fra le diverse razze umane, non fanno cenno di questa disposizione, indicano solo come nel Negro la terza palpebra si presenti più pronunciata che nella razza Bianca. Così il Soemmering nel suo trattato sulla Struttura del corpo umano, dopo aver detto che la congiuntiva nella razza Negra, non è così bianca, diafana e limpida come negli Europei, e ne abbiamo veduto più sopra le ragioni, dopo aver indicato che le due palpebre sono piu tumide nel Negro, ed accennato al modo con cui si comportano nel formare gli angoli dell'occhio, venendo a parlare dell' angolo interno scrive che « la piega semilu-« nare non solo è più robusta, ma è anche più appa-« riscente. Ed è forse perciò, egli soggiunge, rimar-« chevole questa circostanza chè la membranella, « onde risulta la detta piega, è analoga se non iden-« tica di quella, che più estesa e meglio costituita « fornisce di terza palpebra gli altri animali » (*Dei sensi* — trattato in supplemento alla *Natomia* di S. T. Soemmering, compilato da Mantovani, Tom. II. Crema 1823, pag. 154).

Carlo Vogt nelle sue *Leçons sur l'homme*, pagina 167, così si esprime a questo riguardo:

« Il y a encore à tenir compte de la conformation « de la troisième paupière; dans la race blanche, n'est « raprésentée que par un petit repli dans l'angle in-« terne de l' oeil; dans la plupart des mammifères

Digitized by Google

« cette troisième paupière est notablement plus consi-
« dérable que chez l'homme, et se développe jusqu'à
« devenir membrane clignotante complète chez les
« oiseaux. Il y a quelques peuples, sourtout parmi les
« nègres et les Australiens, chez lesquelles la mem-
« brane clignotante n'est pas moins grande que chez
« les singes et indique donc une *tendence évidente*
« *vers le type de l'animalité* ».

Come si scorge adunque da queste citazioni, che sono le sole che io ho potuto raccogliere sull'argomento, era già stato notato lo sviluppo maggiore della piega semilunare nel Negro, e questo fatto veniva considerato come un carattere proprio di tale razza, il quale indicava un grado di inferiorità. Ma nessun autore, per quanto a me risulta, aveva studiato la sua intima costituzione; ignoriamo quindi se la nostra cartilagine si rinvenga più o meno frequentemente in tale razza. Sarà questo il còmpito di ulteriori studii, i quali se confermeranno queste mie ricerche, si avrebbe così non solo un carattere differenziale ben evidente tra la razza Negra e la Bianca, ma sarebbe stabilita maggiormente la tendenza verso il tipo dell'animalità, come scrive il Vogt, essendo la terza palpebra costituita degli esterni elementi che si riscontrano in molti mammiferi.

Ammessa come vera la conclusione precedente, un dubbio si sollevava nell'animo mio, ed io non possedeva alcun elemento per dissiparlo. Supposto che la presenza di una cartilagine sia costante ad osservarsi nello spessore della piega semilunare dell'uomo Negro, questa disposizione anatomica avrebbe avvicinato questa razza ad ordini di mammiferi molto distanti dall'uomo; essendochè mi era noto dall'anatomia comparata che tutte le scimmie, malgrado presentino

Digitized by Google

la piega semilunare più o meno sviluppata, ma però sempre più pronunciata di quella dell'uomo, tuttavia la sua costituzione non variava grandemente, giacchè si diceva che essa fosse costituita da una ripiegatura della congiuntiva con interposizione di tessuto connettivo compatto, precisamente come si osserva nell'uomo Europeo. E mi pareva abbastanza singolare che una disposizione anatomica, si voglia pur rudimentaria, si dimostrasse in esseri superiori senza lasciare delle traccie pur anche nelle specie più vicine inferiormente situate.

Volli quindi assicurarmi se veramente nelle Scimmie la piega semilunare si trovasse conformata come generalmente è detto; esaminai a tale scopo gli occhi di due Cercopitechi e di un Cinocefalo da poco tempo nati che teneva a mia disposizione e più tardi esaminai anche quelli di un giovine Orang che ebbi dalla gentilezza del prof. Lessona. Tutti questi occhi cogli ordinati metodi sottoposi a metodiche sezioni e giunsi ad un risultato per me insperato; vale a dire che riscontrai in tutte le pieghe semilunari degli occhi esaminati la presenza di una piccola e talora microscopica cartilagine, la quale per la sua posizione e per i suoi rapporti, per la conformazione, ricordava precisamente quella scoperta nelle due donne Negre.

Per non tediare il lettore con una prolissa descrizione, ed anche perchè esso possa tosto avere un'idea della conformazione, della posizione, dei rapporti di detta cartilagine, riporto nella tavola I le sezioni orizzontali della piega semilunare delle tre specie di Scimmie esaminate. Esse furono disegnate colla camera lucida di Nachet e presentano tutte un egual ingrandimento. Si scorge tosto da queste figure come la piega semilunare nel Cinocefalo e nel Cercopiteco

Digitized by Google

sia molto pronunciata in lunghezza e presenti verso il suo margine libero un ingrossamento triangolare. Nell'Orang, la piega è meno pronunciata e nella sua conformazione tende ad avvicinarsi a quella dell'uomo.

Esaminando questi preparati si comprende facilmente la ragione per cui la cartilagine sia sfuggita agli anatomici. Essa difatti nel *Cinocephalus* e nel *Cercopitecus* non si trova propriamente nello spessore della piega semilunare, ma è situata alla base di essa; di più le sue dimensioni sono poco pronunziate. Infatti, nel Cercopiteco lo spessore della cartilagine nella sua parte mediana fu trovato di $^1/_{10}$ di millim. La sua lunghezza non raggiungeva il millimetro. Essa si andava assottigliando procedendo in basso, in alto si esagerava la curvatura interna per modo che in alcune sezioni formava quasi un angolo. La cartilagine fu compresa in 52 sezioni trasversali. Nel Cinocefalo invece lo spessore della cartilagine era di circa 90 micromillimetri, la sua massima lunghezza di 600 micromillimetri ed anche l'altezza era poco cospicua, essendochè tutta la cartilagine fu compresa in 7 sezioni trasversali.

La piega semilunare quindi in tali animali sarebbe veramente costituita da una ripiegatura della congiuntiva con interposizione di un lasso tessuto cellulare nel quale si notano abbondanti vasi sanguigni con direzione longitudinale, i quali giunti verso il rigonfiamento terminale si fanno più cospicui, si anatomizzano fra di loro per modo da far sospettare che tale ripiegatura della mucosa non resti indifferente ad un'esagerazione che si operi in essa del circolo sanguigno.

Digitized by Google

L'epitelio che riveste tale ripiegatura si presenta con almeno tre strati di cellule. Non ho notato la presenza di ghiandole nè di altre particolarità nella mucosa. La piccola cartilagine, siccome abbiamo già notato in quella delle Negre, si presenta anche qui un pò concava nella faccia che guarda il globo oculare convessa invece sull'opposta.

La Cartilagine nel Cercopiteco e nel Cinocefalo si trova circondata da grande abbondanza di vasi sanguigni, che provengono dalla parte profonda dell'orbita, e sono quelli che vanno poi a vascolarizzare la piega semilunare.

Nell'Orang la cartilagine si dimostra molto più sviluppata, ed essa si addentra propriamente nello spessore della piega semilunare, ha la figura reniforme, vale a dire che colla sua faccia interna rivolta verso la caruncula lacrimale è regolarmente convessa, mentre con l'altra in rapporto con il globo oculare presenta verso la sua parte mediana una depressione simulante un ilo. — Alle due estremità si presenta egualmente robusta. In questo animale la cartilagine ha dimensioni un po' maggiori di quella delle Negre, essendochè essa presenterebbe un diametro trasverso che misurebbe 300 micromill., nella sua parte media, e 450 alle due estremità anteriore e posteriore. La lunghezza massima di essa sarebbe di tre millimetri e mezzo; essa va diminuendo in alto ed in basso, per cui le sue faccie avrebbero la figura ovalare. Questa cartilagine fu compresa in 38 sezioni trasversali.

La piega non si presenta gran fatto vascolarizzata e l'epitelio che la trapezza è anche qui pavimentoso, stratificato, come si presenta nel resto della congiuntiva sottoposta ad esame. Però troviamo alcune cellule contenenti pigmento nero, che è quello che dà

Digitized by Google

un colore fosco alla congiuntiva dell'Orang e alla sua piega semilunare.

Oltre i caratteri sopra accennati, dall'esame delle nostre sezioni, si riscontrano due altre particolarità che ho creduto di descriverle separatamente, onde chiamare su di esse in special modo l'attenzione, credendole di non lieve interesse. Queste particolarità consistono nella presenza di una ghiandola in rapporto con l'estremità anteriore della cartilagine della quale stiamo discorrendo, e di fibre muscolari striate.

Negli animali nei quali si trova essere molto sviluppata la cartilagine della terza palpebra come ad esempio, gatto, bue, cavallo e lepre si riscontra pure una ghiandola a grappolo, la quale si mette in intimo rapporto con detta cartilagine, è questa la così detta ghiandola d'Harder. Il suo volume varia grandemente secondo i diversi animali, talora può raggiungere un volume cospicuo ed abbracciare in tutta la sua estensione la cartilagine della terza palpebra. Il suo condotto escretore viene a versare sulla congiuntiva il secreto di tale ghiandola, e lo sbocco ha luogo alla parte interna della piega semilunare. Il secreto della ghiandola d'Harder, che è detto essere denso e biancastro, avrebbe per iscopo di favorire i movimenti della terza palpebra sopra la superficie dell'occhio. Questa ghiandola esisterebbe in tutti gli ordini dei mammiferi, ad eccezione dei quadrumani, dei chirotteri e dei cetacei.

Ora esaminando la sezione della terza palpebra del Cinocefalo e del Cercopiteco si scorge come alla parte anteriore della cartilagine si trovi una ghiandola evidentemente di natura racemosa, la quale con un breve ed ampio condotto escretore va a mettere alla

Digitized by Google

parte interna del punto d'inserzione della piega semilunare.

Nel Cercopiteco la ghiandola non aveva egual altezza della cartilagine, ma era situata alla parte di mezzo del suo margine anteriore, e fu compresa in 24 sezioni trasversali. — Nel Cinocefalo invece essa non corrispondeva precisamente alla sua parte centrale, ma oltrepassava un po' la cartilagine inferiormente per modo che si sono ottenute delle sezioni nelle quali era solo visibile la cartilagine, ed altre in cui si scorgeva la ghiandola senza cartilagine.

Questa ghiandola è senza dubbio il rappresentante della ghiandola d'Harder, la quale in questi animali si trova così ridotta in volume, in rapporto però collo sviluppo della cartilagine della quale costituisce una dipendenza.

Nell'Orang malgrado che la cartilagine assuma uno sviluppo maggiore non ho potuto riscontrar traccia di detta ghiandola. Nelle donne Negre mancherebbe pure. Nell'uomo Bianco però talora si riscontra una disposizione la quale ricorda la ghiandola della quale stiamo discorrendo siccome vedremo più avanti.

Nei mammiferi generalmente parlando la piega semilunare si trova sprovvista di fibre muscolari proprie. Si devono solo eccettuare poche specie; per cui i movimenti di cui gode in alcuni animali, ad esempio cavallo, bue, sono puramente passivi, prodotti vale a dire dalla contrazione dei muscoli retti dell'occhio, i quali portando all'indietro il globo oculare comprimono il tessuto adiposo che si trova in grande abbondanza nella cavità dell'orbita, e che comprende nel suo spessore tutti gli elementi destinati al globo oculare, e questo fa sporger più o meno la terza palpebra. Anche a questo riguardo ho riscontrato nei miei

Digitized by Google

preparati delle particolarità che credo degne d'essere accennate.

Nelle sezioni della piega semilunare del Cinocefalo e del Cercopiteco si scorge come dalla parte posteriore della cartilagine parta un tessuto connettivo più stipato che circonda i vasi sanguigni, il quale tessuto sembra costituire una dipendenza dell'espansione fibrosa del muscolo retto interno. Nell'Orang invece al posto di questo tessuto connettivo si scorgono delle bellissime fibre muscolari striate in numero di 10 a 12, raccolte in un fascio, le quali si portano dalla parte posteriore dell'orbita verso la base della piega semilunare. Seguite posteriormente si vede come esse si continuino con le fibre muscolari del muscolo retto interno; anteriormente poi andrebbero a terminare alcune nel derma della mucosa della congiuntiva tra la piega semilunare e la caruncula lacrimale, la maggior parte nel tessuto connettivo della caruncula stessa. Queste fibre muscolari si mettono tutte in rapporto colla faccia della cartilagine che guarda la caruncula. Però questo rapporto è immediato posteriormente, ma quanto più si portano in avanti si allontanano da tale faccia, per modo da interporsi fra di loro uno strato di tessuto adiposo.

Esse non sono disposte orizzontalmente, ma un pò obliquamente dal basso in alto, per cui nelle sezioni che sono tutte orizzontali, queste fibre non compaiono che in piccolo tratto, ed in diversi punti a seconda della diversa altezza in cui fu fatta la sezione. Perciò non si può in un solo preparato tener dietro a tutto il loro decorso, ma per ciò fare è d'uopo esaminare diverse sezioni. La fig. 3ª, della tav. Iª-3, rappresenta tale fascio muscolare nel punto in cui esso passa sul margine posteriore della cartilagine, dove sembra for-

Digitized by Google

mare una leggera curva per mettersi in rapporto con la faccia carunculare della medesima.

Alla faccia oculare della cartilagine, troviamo un altro fascio muscolare più cospicuo, il quale anche esso fa seguito alle fibre muscolari del muscolo retto interno; le fibre muscolari non si continuano però fino alla superficie congiuntivale, ma cessano dopo breve tratto che si sono distaccate dal muscolo, e sono continuate da un fascio fibroso il quale si porta nello spessore della piega semilunare. Questo fascio si comporta colla faccia corrispondente della cartilagine in modo del tutto inverso al superiormente descritto. Esso diffatti si trova molto lontano dall'estremità posteriore della cartilagine, e portandosi in avanti si avvicina sempre più, per cui, giunto all' estremità anteriore della medesima, con essa si mette in intimo rapporto. Ne risulta così un angolo acuto aperto all'indietro, il quale è occupato da tessuto adiposo.

Per riassumere in poche parole la disposizione che siamo andati descrivendo, diremo che il muscolo retto interno dell'occhio giunto in corrispondenza del globo oculare si dividerebbe in tre fascii, l'uno più cospicuo che ha l'andamento ordinario, e va ad inserirsi sulla sclerotide a poca distanza dal margine corneale; un secondo che si porta alla piega semilunare, passando sulla faccia oculare della cartilagine e contraendo rapporti immediati con il margine anteriore della medesima; un terzo finalmente più esterno che si porterebbe alla caruncula lacrimale, e questo passa sull'altra faccia della cartilagine contraendo rapporti immediati con il suo margine posteriore. Mentre nei due primi fasci alle fibre muscolari fan tosto seguito le tendine, nel terzo invece le fibre muscolari si possono accompagnare fino in corrispondenza della

Digitized by Google

faccia profonda della congiuntiva. La cartilagine si troverebbe adunque compresa fra due fasci muscolari che sono una dipendenza del muscolo retto interno. Questa disposizione si presenta ben pronunciata verso la parte media della cartilagine, che corrisponde precisamente alla terminazione anteriore del muscolo retto interno.

Evidentemente le contrazioni del muscolo retto interno dovevano far sentire la loro azione sopra la cartilagine. E mentre il globo oculare si volgeva all'interno, probabilmente la piega semilunare e la caruncula lacrimale erano stirate profondamente, e così si pronunciava maggiormente l'infossatura del gran angolo dell'occhio. Ma prima di portare un giudizio definito sulla significazione di queste fibre muscolari sia dal lato anatomico come dal fisiologico, bisognerebbe che la cosa fosse studiata su altri individui della stessa specie e sopra specie affini; e la singolarità della disposizione invita certamente a questo studio, che promette risultati abbastanza fecondi.

(*Continua*).

ANGELO CAMILLO MAFFONI

Commemorazione del Socio dottore **Gioachino Valerio** letta in seduta dell' 8 novembre 1878.

> . . . . . Su gli estinti
> Non sorge fiore ove non sia d'umane
> Lodi onorato e d'amoroso pianto.
> UGO FOSCOLO.

Una croce, un solo prete e dodici fanciulle verde-vestite dell'Istituto della Sacra Famiglia accompagnavano la sera del 6 luglio 1878 un feretro, che dalla via

Digitized by Google

di S. Dalmazzo in Torino moveva alla chiesa parrocchiale per l'eterna dimora. Era modestissimo il rito, chè così volle l'estinto nel suo testamento; però il corteo che seguiva il convoglio era oltre l'usato numeroso; erano volti addolorati e pensosi, i quali dicevano alle persone accorse d'ogni parte sulla via, per cui si transitava, che grave era il rammarico, alta la riverenza ed indiviso il lutto nei cittadini.

In quel carro funebre giaceva la salma del Cavaliere Medico Angelo Camillo Maffoni.

L'accompagnamento era rappresentato da molti colleghi nella scienza medica, da professori e dottori collegiati dell'Ateneo torinese, dai membri della R. Accademia di Medicina, da amici e da attinenti al desiderato defunto.

La sera dello stesso giorno l'Accademia medica, nella sua settimanale adunanza, ebbe comunicazione dal Presidente, Comm. Dott. Gamba, della recente dipartita con parole di pietoso compianto e di memore encomio, ed al lettore di queste pagine affidava il mandato di scrivere alcuni cenni sulla vita dell'egregio trapassato, perchè fossero giusto tributo di onoranza all'uomo, che ebbe così cospicuo seggio fra gli onesti e gli scienziati, e fossero ai posteri utile insegnamento di operosa virtù; indi in segno di corrotto chiuse l'adunanza.

Pregiati Colleghi, — Se mai fu tempo in cui rimpiansi la scarsezza dell'ingegno mio fu questo, in cui avrei voluto che pari al cuore fosse l'intelletto; ma se questo vien meno, voi date venia, obbedendo al vostro desiderio, *farò come colui che piange e dice.*

Digitized by Google

I.

La famiglia dei Maffoni, detta anche in altri tempi *Maffonis*, è antica, e trae la sua origine da Sanfrè, grazioso villaggio nella provincia di Alba (1). L'affetto per la terra natale fu sempre vivo in questa discendenza di onorate persone, quantunque vissute in più spazioso aere ed in alti uffici. Si ricorda tuttora con riconoscenza in Sanfrè un loro antenato, il quale lasciò per testamento un lascito di L. 2000 di rendita al Municipio per sussidio ai giovani di non agiata condizione nel proseguire gli studi.

Il padre del nostro compianto Amico, avvocato Giulio Luigi, ricco di largo censo, il quale s'assottigliò poi grandemente per le turbinose vicende della Repubblica francese e per la successiva Ristaurazione, fu consigliere di Prefettura in Torino, poi reggente la Prefettura di Susa; eletto a membro della Commissione di legislazione in Parigi non vi potè intervenire, perchè, soprafatto da grave sventura, alla metà del suo viaggio ristette. Disposatosi a gentile e pregevole fanciulla, Teresa Bruna di Busca, ebbe quattro figli ed una figlia: due altri bambini ebbero solo la vita di un giorno. Il primogenito Luigi Guglielmo pose stanza ed ufficio di avvocatura in Saluzzo fin dal 21, e morì in età provetta. Il secondo tenne setificio e filanda nei pressi di Torino, e fu segno a traversie nel suo commercio, alle quali soccorse coi

(1) Il villaggio di Sanfrè era già noto fin dalla metà del secolo XI col nome *Sinus frigidus*, e secondo altri *Castrum Sifridi* dal martire Ifredo, monaco di S. Benedetto. Anche quel modesto Comune ebbe le sue vicende storiche, che rimontano al tempo delle fiere discordie della Marchionale Casa di Saluzzo.

Digitized by Google

denari del proprio ministero medico generosamente e largamente il terzo fratello, il Dottore di cui parliamo: tant'è che non vi fu persona, su cui gravasse menomamente la disgrazia fraterna: morì infelice, ma non colpevole. L'ultimo dei fratelli, pittore e militare, d'ingegno svegliato anch'egli, n'andò ufficiale istruttore presso il Vicerè d'Egitto, e là, lontano dai suoi carissimi, cadde, come ne venne novella, in uno scontro con gli arabi.

Visitando io un giorno il Maffoni, notai nella sua camera da letto, a lato di un bel quadro del nostro Gamba e di altre dipinture di pregio con pochi altri oggetti di belle arti due magnifici ritratti — se ben mi ricordo a pastello — rappresentanti un uomo ed una donna. Meravigliando alla presenza di quelle due imponenti figure, seppi tosto che l'una era del padre suo, e della sua madre l'altra, ritratte al tempo delle loro nozze. Vestiva il Giulio in quella tela l'assisa militare; reggeva in alto lo stendardo della libertà, per cui aveva un tempo combattuto: l'aspetto era geniale ed aitante la persona. La donna, venustissima, aveva forme, come suol dirsi, romane, e nello sguardo fiero traluceva pur tanto la dolcezza e la bontà. Erano queste sembianze l'orgoglio e due preziose reliquie del nostro ottimo Maffoni.

Ditemi ora voi, benevoli Colleghi, se è talvolta vero — e quando vero, sempre ingiusto, — che gli errori dei parenti abbiano a ricadere sul capo dei figli, non è poi sempre verissimo che le loro virtù e le loro onoranze sono le gioie e le memorie più pure, onde vanno superbi quelli che da essi ebbero vita? Non parlo dei figli degeneri od ingrati: sono queste novelle mostruosità da inscriversi in appendice all'*histoire des anomalies et des monstruosités*, d'Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire.

Digitized by Google

Oh, consentitemi una parola ancora su questi dolci sentimenti, su queste pie ricordanze, che racconsolavano il medico operoso ed affranto, quando solitario nella sua cameretta domandava a quelle care imagini il riposo e la calma. Mi è conforto il pensare che se nella vita migliore si serba quella celeste corrispondenza, della quale parlà il Cantore dei sepolcri, per cui si vive coll'amico estinto, e l'estinto con noi, lo spirito del Maffoni debba esserci grato di questi ricordi dei suoi carissimi. Era non ultima virtù di lui il grande affetto ai suoi parenti, ed ogni memoria di essi era conservata religiosamente; e n'aveva ben d'onde. Gli antichi amici della famiglia rammentano tuttora in qual modo onorevole furono compiute le nozze di quei suoi parenti; erano rispettatissimi; fiorenti nell'età, bellissimi nella persona; l'imeneo fu quindi eminentemente illustre. Ho tra le mani un ampio libro, assai prezioso, di cui è difficile trovare altri esemplari, il quale in-8° grande, edito dal Bodoni, con ricca legatura all'inglese, *doré sur tranche*, attesta la splendidezza di quelli sponsali (1).

(1) Apriamo queste pagine. Ecco il titolo del libro. *Voti della Torinese Accademia degli Unanimi a Luigi Giulio Maffoni e Maria Teresa Bruna di Busca*, Parma coi tipi di G. B. Bodoni. Sono versi e prose eleganti; a comporre questo volume concorsero i letterati i più preclari di quel tempo. Di taluni di essi vi segno il nome; vi sarà gradito, io spero, vederli ricordati nelle famiglie istesse che loro sorvivono:

Padre Pasquini prof. di eloquenza in Parma.
Marchese Carlo Guasco di Castelletto.
Jacopo Durandi da Vercelli.
La signora Sulgher Fantastici da Livorno.
Abate Luigi Richieri da Torino.
Abate Carlo Marco Arnaud da Lagnasco.
Avv. Bartolomeo Gastaldi di Riva presso Chieri.
La Signora Paolina Margherita Bodoni da Parma.
Vincenzo Marenco da Dogliani.

Digitized by Google

Queste nozze così ebbero fausti auspicii per l'affetto dei consanguinei, per l'onoranza degli attinenti e dei concittadini e pel plauso d'uomini insigni. L'avvocato Giulio seppe coll'operosità del lavoro e colla temperanza nel vivere conservare valida la salute; tenace nei principii, e nei propositi, prudente nell'ordinamento della casa, ebbe sempre a massima che al dovere bisogna obbedire. Secondato mirabilmente dalla compagna eletta del suo cuore, la quale fu sempre saggia consorte, buona massaia ed ottima madre, seppe tracciare *sibi et suis* il fiorente calle, su cui avviò la sua famigliuola. Era per lui ozio geniale il breve tempo concesso dalle politiche e civili incombenze

Matteo Vernazza da Brà.

Conte Arnaldi Tornieri, patrizio Vicentino.

Onorato Pellico, il padre di Silvio, da Saluzzo.

È distintissimo fra questi il Giovanni Fantoni, detto *Labindo* in Arcadia, il quale nei versi dettati per le nozze Maffoni, vaticinava le sorti d'Italia.

E le erudite pagine del Conte Galleani Napione da Cocconato, il quale scrisse in questa circostanza *dei vantaggi morali della solitudine e del matrimonio delle persone di lettere*, pigliando con le storie coniugali dei più illustri scrittori d'ogni secolo a confutare bellamente il dott. Cocchi, che egli chiama medico esperimentato, dotto antiquario, filosofo colto e leggiadro, elegante scrittore, felice nella moglie e nei figli, il quale tuttavia tenta di distogliere dalla vita coniugale i letterati. È una curiosa e piacevole lettera codesto lavoro del conte Galleani Napione da Cocconato, e si leggerebbe, io credo, forse anche oggi volontieri, riprodotta nelle erudite pagine della *Gazzetta Letteraria Piemontese* del nostro Vittorio Bersezio.

Ed ultimo in questo volume troviamo il nome illustre per tutti, venerando per noi, di Vincenzo Malacarne, professore di Istituzioni chirurgiche e d'Ostetricia nell'Università di Padova, il quale compose per queste nozze un lungo ed elaborato discorso letterario col titolo *Il Giardino*, in cui si piacque di tradurre dal latino alcune graziose lettere del Coppino da Milano, edite nel 1619, citato poi da Ippolito Pindemonte nella sua elegante prosa *sui giardini inglesi e sul merito in ciò dell'Italia* (Vedi le prose e le poesie campestri con altri versi di Ippolito Pindemonte, Milano, Tip. Bettoni, 1830, pag. 153).

Digitized by Google

consecrare agli studi delle amene lettere; lo attestano i versi e le prose, delle quali alcune andarono per le stampe (1).

Soboles sobolorum. — Oh il nostro Fedro della prima età, tu sei sempre vivo fra noi! — Da siffatti parenti ebbe l'Angelo Maffoni nascimento, carattere, educazione ed esempio.

II.

Il giovinetto costò molte cure e molte ansie nei suoi primi anni ai buoni genitori. Nato con meno valida costituzione fisica, durò pressochè ai giorni, in cui gli antichi Romani solevano vestire la tunica pretesta, in uno stato di tale apatia ed indolenza da impensierire. Poi un bel dì, come molla che scatti, il pigro ingegno si svegliò ad un tratto; con fermezza e volontà meravigliosa correndo alle braccia dei suoi carissimi, disse loro: « Cessate gli affanni, oh sì, voglio proprio studiare ». — Non è nuovo il caso, e lo

(1) Negli scorsi giorni cercando alcune memorie sulla famiglia dei Maffoni nella Biblioteca Civica di Torino, prezioso ricordo del benemerito Giuseppe Pomba e degno encomio degli amministratori presenti, mi cadde sott' occhio *il discorso pronunciato dal cittadino Giulio Maffoni in occasione dell'erezione dell'albero della libertà nella Nazionale Università il 10 frimaio anno VII repubblicano.* (20 dicembre 1793). In queste pagine l'oratore condannando il dispotismo e la superstizione vuole rispettata la fede ed il vangelo; ricordando poi i nomi di Bono, Bottone, Favrat, Cavalli, Baudisson, Galli, Bertolotti, Braida, Fasella, Fava, Rossi, Colla, Sartoris, San Martino, Rocci ed altri, rende cospicuo omaggio agli uomini, che in quei difficili tempi posero l'ingegno, le sostanze e taluni la vita nel pensiero di fare migliori le sorti della patria.

Digitized by Google

si osserva non raramente in chi è nato a qualche cosa. — Ed alla parola tenne dietro prontamente il fatto. Egli percorse con lena affannosa le scuole primarie di latinità, quelle di filosofia, e si mise sull'irto cammino degli studi medici, e toccò la meta con felice successo. Freddo in apparenza co' suoi compagni, non invido, non discortese mai, ritraevasi da tutti i convegni e spettacoli, che destano generalmente tanta bramosia nella vita della giovinezza; e così fu in seguito. Per lui era solo e supremo desìo fin d'allora il potere in tempi propizi visitare

« Altre terre, ed altre genti ».

Diffatti a questa aspirazione dell'animo, voglioso di utile distrazione, soddisfece nella maggiore età, consecrando ogni anno un mese di riposo dai travagli del clinico ai viaggi di Svizzera, Francia, Germania, Belgio ed Inghilterra.

III.

Nato il Maffoni in Torino il 13 febbraio 1806, di poco oltrepassati i 20 anni, conseguì la laurea in medicina; palesando fin d'allora una mente già educata ai profondi studi e comprendendo come fosse vantaggioso nel suo ministero di medico il conoscere la società in più elevate condizioni di fortuna, seguì nella sua pratica medica, voluta negli ordinamenti universitari di quei tempi, il cav. Dottore Bertini, clinico acclamatissimo e nei pubblici uffici accortissimo. Il neomedico volle poscia, compiuto l'esercizio pratico, in

Digitized by Google

campo tutto suo, valersi delle proprie forze, ed andò medico condotto in Gassino e poi in Pianezza, ameni paeselli poco da Torino discosti; ivi tenne dimora per lo spazio di otto anni incirca; lasciando di sè desiderio grande; tornò quindi alla capitale d'allora, portandovi i suoi penati, il suo zelo, la molta sua carità pei poveri e l'indomabile fermezza di carattere. Nominato medico di beneficenza dell'opera di S. Paolo, preparò così la sua clientela, accresciuta dalle numerose famiglie torinesi, le quali, villeggianti in Gassino ed in Pianezza, non esitarono a conservargli la confidenza, che si era giustamente meritata nei soggiorni campestri.

In quel tempo, tutto nei suoi studi, alieno sempre da ogni svago che da quelli potesse distrarlo, forse anco per naturale indole pensosa ed austera, si accinse a sostenere la lotta pel concorso di Aggregazione al Collegio di Medicina. Come abbia combattuto e vinto, dirò fra poco. Allargò intanto il campo dei suoi studi prediletti, coll'apprendere, senza il sussidio di maestri, la lingua francese, la inglese e la tedesca, e si esercitò sempre più nell'idioma latino. Fin da quei giorni il nome, la scienza, il carattere rigido, e la bontà del cuore del dott. Maffoni cominciavano a salire in rinomanza, e malati e colleghi si mostravano con lui confidenti e rispettosi.

Dove però dobbiamo cercare i primi saggi del suo ingegno e della sua dottrina, si è nelle tesi di Aggregazione per lui fatte pubbliche colla stampa il 14 novembre 1833, nel giorno in cui gli fu conferto il titolo e l'onoranza di dottore collegiato.

Digitized by Google

IV.

Il primo tema, tratto dalla fisiologia, s'intitola: *De nervi intercostalis functionibus.* Questo scritto riassume il complesso dei lunghi e meditati studi che su cotesta rilevante parte del sistema nerveo ci lasciarono gli antichi ed i moderni autori: la lingua latina, in uso a quei tempi nei libri della scienza medica, aveva per lui dizione concisa ed elegante, quale l'insegnava dalla cattedra il prof. Martini, fisiologo e letterato insigne. Noi troviamo in quella lettura delineati con rara precisione i pensamenti di Eustachio, di Lancisio, di Willis, di Walter, di Soemmering, dell'Haller, illustre poeta quanto gran fisiologo; con questi ci si fanno conte le dottrine di Wislov, di Glissonio, di Vic-d'Azir e del nostro esimio Scarpa, il quale sostenne potentemente gli asserti del Meckel e del Zinnio con novelli argomenti illustrandoli. E dove lascio la bella pagina, che il neo-candidato indirizza al nostro Panizza in questo lavoro fisiologico, in cui ci dichiara l'essere, la giacitura e tutta l'importanza del nervo massimo che regge le principali funzioni dell'umana vita? È qui dal Maffoni descritta coll'ultima parola della scienza, la struttura anatomica del nervo intercostale; con più largo procedimento diede poi opera a chiarirci sulle sue fasi fisiologiche. Vi si schierano allora d'innanzi gli avvedimenti di Bichat, di Magendie, di Richerand, di Broussais, di Rolando, di Reil, di Cuvier, di Weber e di altri, opportunamente commentati. Molti di voi, onorevoli Colleghi, le ricordano ancora quelle pagine, e penso di avervi consenzienti, quando asserisco costituire esse una

Digitized by Google

monografia che non doveva rimanere chiusa nelle aule dell'Ateneo.

I fisiologi del giorno d'oggi, nostrani e stranieri, avrebbero forse così bella la fama, ed i loro scritti sarebbero fatti così pregiati, ove uomini tanto benemeriti della scienza non avessero per essi preparato il terreno alle nuove messi? Oh, siamo grati al Maffoni di questa illustre rassegna, e rispettosi inchiniamoci a quei sapienti che ci precedettero, i più con pochi beni di fortuna, in tristi ravvolgimenti politici, ed allorquando la fisica e la chimica, oggi giganti, erano fanciulle ancora. I contemporanei ed i posteri potranno dare all'universo scibile ed all'umano organismo nuovi nomi, evocare nuove teorie, penetrare fors'anco in regioni inesplorate nei misteri della scienza, ma la face che sarà loro di guida bisognerà per sempre accenderla là, a quella fiamma suscitata dai nostri padri, ed a noi trasmessa con tanti sacrifizi, con tanta abnegazione. Ed il Maffoni, lo dissi, nella sua dissertazione questa giustizia ampiamente concede; ed in queste pagine, come in tutti gli atti della sua vita, veggo farsi sempre più palese il carattere fermo nelle sue convinzioni, giusto nei suoi apprezzamenti, ed impavido nei suoi accenni, il quale governò ogni suo pensiero, anche allora, che nell'enunciarlo avrebbe potuto a taluno parere duro. Alfieri già disse di sè:

« Mi trovan duro,
« Anch'io lo so,
« Pensar li fo'».

(Continua).

Digitized by Google

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Dell'affezione granulosa della congiuntiva e dell'oftalmia contagiosa per EDWARD NETTLESHIP F. R. C. S., Chirurgo oftalmico e Professore all' Ospedale di S. Tommaso, già Chirurgo all'Ospedale Oftalmico Sud di Londra ed ex-assistente clinico e Conservatore del Museo all'Ospedale Oftalmico Moorfields.

Traduzione del Dott. GIOVANNI BELTRAMI
assistente all' Ospedale Maggiore Mauriziano di Torino.

(Continuaz. alla pag. 446, num. 14)

A causa del decorso assai lungo della malattia e delle abitudini vagabonde dei pazienti, è praticamente impossibile il poter tenere loro dietro sino alla fine negli ospedali civili. La stessa obbiezione si applica pure in gran misura alle scuole pubbliche dei poveri, dove i ragazzi, arrivati ad età conveniente, sono mandati a servire, e diventa difficile di osservarli in seguito per più di un breve tempo. Sarebbe più specialmente necessaria una storia clinica completa per quei casi in cui la malattia è tale da produrre una permanente alterazione di struttura sulla congiuntiva palpebrale e sul tessuto sotto-congiuntivale, e soventi da rendere il paziente lungamente invalido (a meno che sia sotto cura), ma in cui il danno permanente riportato dalla cornea è generalmente leggiero o nullo. Casi di tal grado formano una maggioranza veramente cospicua fra quelli che cadono sotto l'osservazione del chirurgo nelle nostre scuole dei poveri, e probabilmente anche nell'armata. È probabile che i vecchi ricoverati nelle case di

Digitized by Google

lavoro formino il miglior campo di ricerca in questa quistione. Tra questi noi non ci aspetteremo di trovare molte persone a cui la malattia si mostrò estremamente grave, perchè probabilmente in molti di questi la vita sarebbe stata indirettamente abbreviata dalla malattia, mentrechè altri avrebbero ottenuto aiuti e soccorsi dalle varie istituzioni di carità o da pensioni. Se fosse tuttavia il caso, che un considerevole numero di poveri fosse stato un tempo affetto dalla malattia in modo relativamente grave, ma non avesse ricevuto dalla medesima una permanente incapacità al lavoro, noi potremmo aspettarci di trovare una bella varietà dei suoi risultati fra gli abitanti ordinarii, vecchi ed « infermi ». Una completa ricerca in questo senso occuperebbe molto più tempo di quello che era a mia disposizione per questo soggetto, ed io perciò do il risultato di tali ricerche in due case di lavoro, piuttosto per indicare il modo con cui una utile investigazione potrebbe essere fatta, che allo scopo di trarne conclusioni finali. Per quanto essi possono dimostrare, tuttavia, i casi sotto riportati confermano l'ipotesi che gli attacchi d'oftalmia granulosa (complicati o non coll'oftalmia purulenta) abbastanza gravi per dar luogo ad una considerevole cicatrizzazione dei tessuti sulla palpebra superiore non sono spesso seguìti da alcuna conseguenza remota dovuta al lento raggrinzarsi delle cicatrici.

La tavola seguente dimostra le conseguenze remote sulla curvatura delle palpebre, sulla direzione e sviluppo delle ciglia e sulle funzioni dei punti e canalicoli lagrimali in ventuna persona (la maggior parte di quarant'anni o al disopra), le cui palpebre si presentavano più o meno cicatrizzate in conseguenza di previi attacchi di oftalmia granulosa. Le ricerche

Digitized by Google

furono fatte in due case di lavoro della metropoli, dai medici ufficiali delle quali, io ebbi il permesso di esaminare le palpebre di ogni ospitato. Il metodo adottato era di domandare a ciascuna persona se mai avesse avuto « male d'occhi » di qualunque specie. Se la risposta era « no », e non v'era alcun segno di distorsione delle ciglia, epifora, inspessimento e rossore dei margini delle palpebre o secrezione, per lo più io non rivolgeva le palpebre superiori. Ogni volta che dalle risposte date, o dai segni esteriori, un attacco d'antica data sembrava probabile, io esaminava sempre la superficie interna delle palpebre superiori. In quasi tutti i ricoverati osservava la superficie interna delle palpebre inferiori.

I casi registrati nella tabella qui sotto, che includono tutto ciò che era cicatrice della congiuntiva palpebrale, non sono compresi fra quei casi comuni di oftalmia cronica nei vecchi, caratterizzata dall'inspessimento dei margini liberi delle palpebre con o senza alterazione dei punti o delle ciglia, talvolta con secrezione muco-purulenta ed inspessimento della congiuntiva palpebrale, ma senza cicatrici sulla superficie interna delle palpebre. Questi non sono inclusi nella tabella.

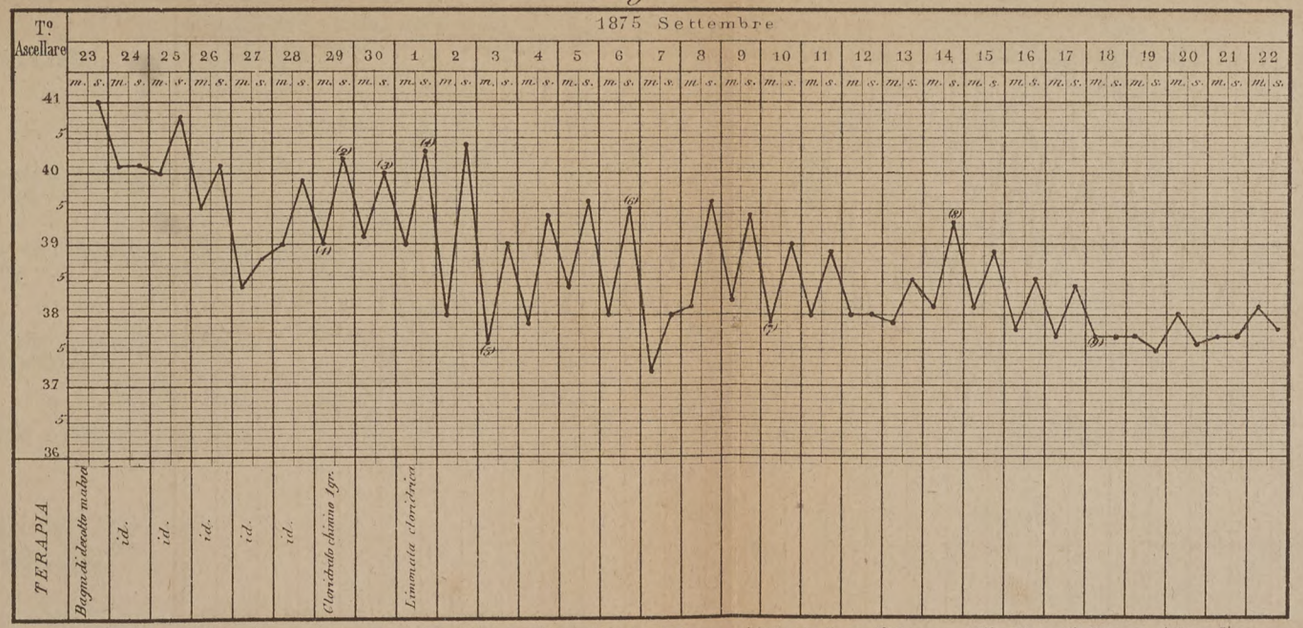
Volendo esaminare sulle palpebre superiori le cicatrici congiuntivali, è necessario di sapere che l'apparenza di una cicatrice lineare incipiente nella posizione tipica già menzionata può essere assai da vicino imitata dalla pallidezza dovuta alla pressione che spesso avviene quasi esattamente nella stessa parte mentre la palpebra è rivolta. Talora io ho trovato quasi impossibile l'accertarmi se esisteva o non qualche cicatrice; ma nella grande maggioranza dei casi è solo necessario il conoscere la possibilità dell'errore per evitarlo.

Digitized by Google

NUMERO SESSO ETÀ	RAZZA	CICATRICI DELLE PALPEBRE SUPERIORI ESTENSIONE, ECC.
1 — F. — 68.	Irlandese.	Sulle due palpebre superiori e due palpebre inferiori.
2 — F. — 87.	Irlandese.	Ambedue le palpebre superiori cicatrizzate in gran estensione.
3 — F. — 39.	Irlandese.	La palpebra superiore destra cicatrizzata ed ancora un po' ruvida.
4 — F. — 70.	Irlandese.	Leggermente cicatrizzate ambedue le palpebre superiori ed ancora un po' ruvide.
5 — F. — 68.	Inglese.	Palpebra superiore destra cicatrizzata.
6 — M. — 50.	Nato in Londra. Parenti irlandesi.	Su tutte e due le palpebre superiori cicatrici ben distinte, ancora un po' ruvide dove non sono cicatrizzate: piccole cicatrici anche sulle inferiori.
7 — M. — 86.	Inglese.	Leggera cicatrice sulla palpebra superiore destra: ambe le palpebre superiori rosse ed inspessite da granulazioni papillari.
8 — F. — 48.	Inglese ma padre Irlandese.	Cicatrice ben marcata sulla palpebra superiore sinistra; occhio destro perduto ridotto a moncone, probabilmente per un violento attacco della stessa malattia, ma attribuito da esso al nitrato d'argento che penetrò nell'occhio, durante la cura dell'infiammazione dell'occhio sinistro.

Digitized by Google

Fig. 1

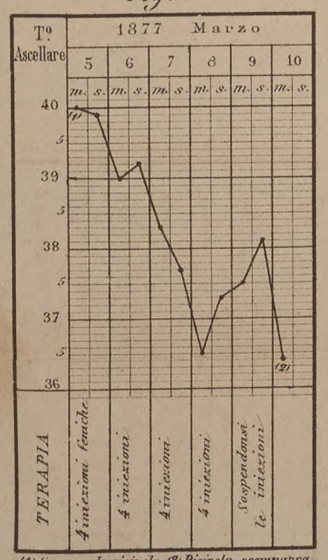


(1) Scomparsa è la risipola, ma si presenta la sinorite. (2) Vuotasi il pus colla siringa Dieulafoy. (3) Estraggonsi altri 60 gr. di pus. (4) Estraggonsi 25 gr. di pus. (5) Estraggonsi 30 gr. di pus. (6) Il pus ha invaso i setti intermuscolari della coscia rompendo la sinoviale. Là fo ampia saccoccia; colla siringa Dieulafoy cavansi da questa 50 cc. di pus. (7) Estraggonsi da un altra saccoccia poche goccie di pus il resto si cava fuori misto ad acqua iniettata. (8) La saccoccia purulenta e di nuovo piena ed occupa la metà anteriore della coscia (9) La saccoccia di nuovo ripiena si apre spontaneamente nella notte e dà esito a pus abbondante.

Fig. 2

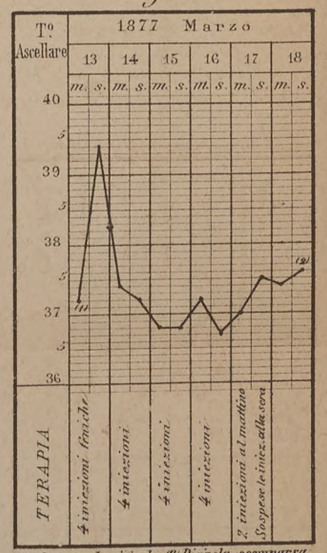
(1) Compare la risipola. (2) La risipola è sconiparsa

Fig. 3



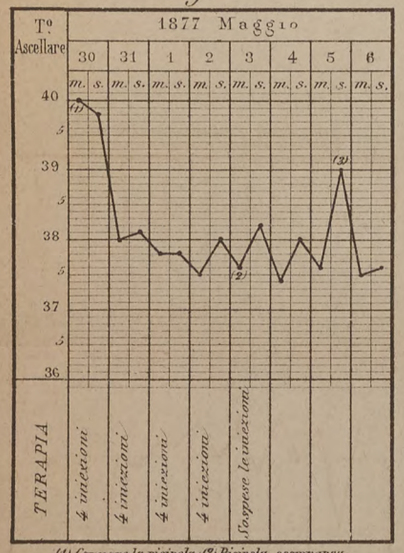
(1) Compare la risipola (2) Risipola scomparsa

Fig. 4



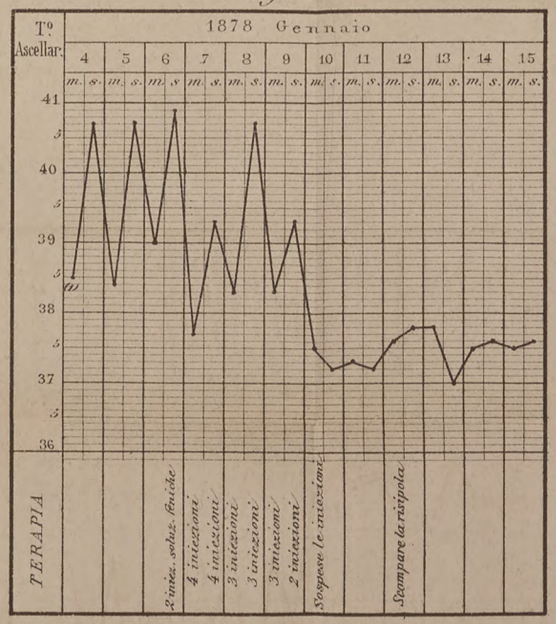
(1) Compare la risipola (2) Risipola scomparsa

Fig. 5



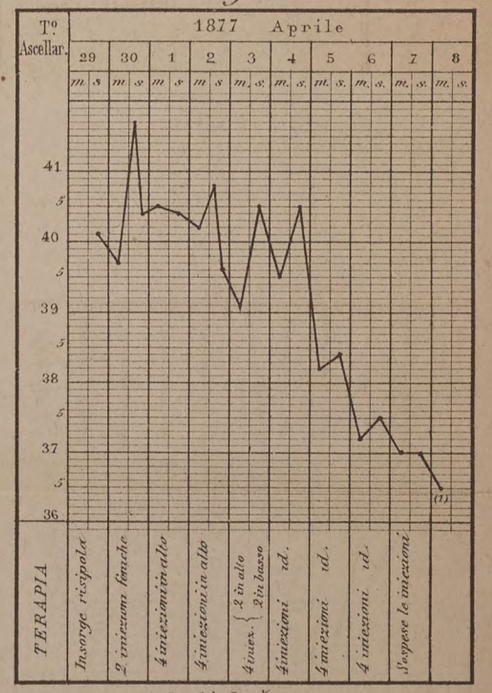
(1) Compare la risipola (2) Risipola scomparsa
(3) Ascesso ritemmanoso che si spacca subito.

Fig. 6



(1) Compare la risipola.

Fig. 7



(1) La risipola è scomparsa

Digitized by Google

Digitized by Google

DATA DELL'ATTACCO	EFFETTI presenti sui margini delle palpebre e ciglia, ecc.	STATO DELLA CORNEA
« Affetto nella vista » quindici anni sono; mai prima.	Nessuno.	Antiche nubecole.
Male agli occhi ad intervalli dall'età di 20 anni.	Leggiera sycosis del tarso; non distorsione.	Chiara (ha cataratte).
Male agli occhi per la prima volta (all'età di 20 anni) 19 anni fa; mai prima.	Nessuno.	La destra alquanto vascolarizzata e nebulosa; la sinistra assai nebulosa.
Non sa dir nulla. — Cattiva memoria.	Nessuno.	Chiara.
Dice di non aver mai avuto male agli occhi fino a due anni fa; probabilmente ciò è inesatto.	Nessuno.	Chiara.
All'età di 10 anni ebbe male agli occhi per due anni in una scuola di una casa di lavoro; risanò e guadagnò da vivere comodamente per sè e per la sua famiglia. All'età di 35 anni ebbe un secondo attacco e fu reso incapace al lavoro per due mesi; d'allora in poi di nuovo bene.	Nessuno.	Chiara.
« 20 anni » fa soffrì « male di occhi » a bordo di un bastimento di guerra (probabilmente più che « venti anni » fa).	Nessuno.	Chiara.
Male agli occhi 31 anni sono (all'età di 17); ad intervallo ammalati fino all'età di 26; d'allora nessun disturbo affatto.	Nessuno.	Sinistra chiara.

Digitized by Google

NUMERO SESSO ETÀ	RAZZA	CICATRICI DELLE PALPEBRE SUPERIORI ESTENSIONE, ECC.
9 — M. — 68.	Inglese.	Palpebra superiore destra leggermente, ma decisamente cicatrizzata.
10 — M. — 33.	Irlandese.	Cicatrici irregolari, ma evidenti su ambe le palpebre superiori.
11 — M. — 68.	Irlandese.	Cicatrice ben distinta su ambedue le palpebre superiori ; il rimanente di ciascuna palpebra alquanto ruvida.
12 — M. — 60.	Irlandese.	Cicatrici ben marcate su ambe le palpebre superiori.
13 — M. — 70.	Irlandese.	Cicatrizzazione molto estesa su ambe le palpebre superiori.

Digitized by Google

DATA DELL'ATTACCO	EFFETTI presenti sui margini delle palpebre e ciglia, ecc.	STATO DELLA CORNEA
51 anni fa (età 17) infiammazione dell'occhio destro per « sei mesi » a bordo di un bastimento.	Nessuno.	Sulla cornea destra una leggiera macchia centrale ed un arco assai distinto alla parte superiore; sinistra chiara ad eccezione di un arco moderato.
Male agli occhi circa 13 anni fa per tre anni, mentre era nell'armata della Nuova Zelanda; fu in conseguenza riformato per difetto di vista — Operazione (probabilmente peritomia) dal Dott. Hutchinson, otto anni fa; gli occhi sono ora nello stato in cui si trovano da sette anni.	Nessuno.	Una macchia larga diffusa su ciascuna cornea senza vascolarizzazione.
Non sa di aver mai avuto male agli occhi.	Leggiera bleferite marginale; l'orlo di ciascuna palpebra superiore un po' raddrizzato per accorciamento, ma nessun inconveniente.	Chiara.
Trent'anni fa (età 30) ebbe male agli occhi per dieci settimane.	Nessuno.	Leggiera macchia su un ristretto segmento delle parti superiori di ciascuna cornea; ma nessun impedimento alla visione.
17 anni fa ebbe « male agli occhi in seguito ad offesa » ricevuta da una spiga di frumento che « si ficcò dentro all' occhio sinistro » nel mentre attendeva alla mietitura, non mai prima e dopo.	Nessuno.	A sinistra, largo leucoma e sinechia anteriore per ulcera perforante; a destra, leggiera macchia centrale e probabilmente irite d'antica data.

Digitized by Google

NUMERO SESSO ETÀ	RAZZA	CICATRICI DELLE PALPEBRE SUPERIORI ESTENSIONE, ECC.
14 — M. — 73.	Irlandese.	Cicatrici sparse ed affezione granulosa antica delle palpebre. Tutte le palpebre intensamente congeste.
15 — M. — 64.	Inglese - parenti Irlandesi.	Cicatrizzazione assai estesa su ambe le palpebre inferiori e superiori.
16 — M. — 30.	Inglese - parenti Irlandesi.	La palpebra superiore sinistra ha solo una cicatrice lineare ben distinta al posto solito; palpebra inferiore quasi normale; le palpebre a destra normali.
17 — M. — 37.	Inglese.	Leggiera cicatrice al posto solito su ambe le palpebre superiori; notevole rossore ed inspessimento di tutta la congiuntiva.

(1) La macchia corneale è senza dubbio dovuta alla diretta offesa della calce. — granulosa, è dovuta a questa malattia grandemente aggravata e riattivata dall'azione

Digitized by Google

DATA DELL'ATTACCO	EFFETTI presenti sui margini delle palpebre e ciglia, ecc.	STATO DELLA CORNEA
Ebbe un grave attacco tre anni fa « non potè vedere per tre mesi »; fu sotto cura; palpebre facilmente agglutinate al mattino per circa dodici anni.	Nessuno.	Chiara.
« Affetto nella vista » dieci anni fa mentre era in una casa di lavoro; quindici altri avevano male agli occhi nello stesso tempo; i suoi occhi furono ammalati per cinque anni, e negli ultimi cinque anni furono nello stato che sono ora senza secrezione; dice enfaticamente che non gli venne fatta cura d'alcuna importanza.	Nessuno (forse un leggero accorciamento della piega oculo-palpebrale della congiuntiva, ma non tale da recar danno).	Nessuna nota.
Otto anni fa ebbe infiammazione dell' occhio sinistro dopo penetrazione di calce.	Nessuno.	Una larga antica macchia dal margine interno al centro (1).
7 anni fa ebbe infiammazione; nuovo attacco ultimamente.	Leggiero rovesciamento del margine di tutte e due le palpebre inferiori; grave antica sycosis del tarso e perdita delle ciglia.	Antica macchia centrale su ciascuna cornea.

Probabilmente la cicatrice sulla palpebra essendo nella stessa posizione dell'oftalmia offensiva della calce.

Digitized by Google

NUMERO SESSO ETÀ	RAZZA	CICATRICI DELLE PALPEBRE SUPERIORI ESTENSIONE, ECC.
18 — M. — 22.	Inglese (2).	Cicatrici superficiali reticolate su tutte le palpebre e sulla palpebra sinistra superiore una cicatrice lineare, ben distinta nella posizione solita.
19 — F. — 41.	Irlandese.	Leggera cicatrice sulla palpebra destra superiore nella posizione solita: congiuntiva delle quattro palpebre assai rossa e spessa, ma non granulosa.
20 — F. — 53.	Inglese.	Palpebra superiore destra cicatrizzata su tutta l'estensione del tarso e cicatrice specialmente densa nella posizione solita; palpebra inferiore pure molto superficialmente cicatrizzata.
21 — F. — 43.	Irlandese.	Cicatrizzazione moderata della palpebra superiore destra nella posizione solita; vi sono ancora alcune vecchie granulazioni papillari pallide su tutte e due le palpebre superiori.

(2) Educato in una scuola di lavoro di Londra dall'età di 2 a 16: sempre sano; ora Potrebbe avere avuto qualche grave attacco quand'era molto giovine: ma se così qualche poco. Probabilmente un caso di pura oftalmia granulosa di considerevole

(3) L'entropion è peggiore nella palpebra che non mostra cicatrice.

Digitized by Google

DATA DELL'ATTACCO	EFFETTI presenti sui margini delle palpebre e ciglia, ecc.	STATO DELLA CORNEA
Non fu mai in infermeria per « mal d'occhi » ; non ammette d'averli avuti mai ammalati.	Nessuno.	Perfetta.
Nessuna istoria ben certa d'infiammazione; probabilmente cominciò come sycosis del tarso che si propagò alla congiuntiva; occhio sinistro « con vista fosca » per « 12 anni ».	Eutropion di ambedue le palpebre superiori, il sinistro peggiore (2).	A sinistra, una macchia diffusa.
7 anni fa ebbe male agli occhi per 4 mesi, il destro era più ammalato; trattato coi caustici alla faccia interna delle palpebre a Chariy Cross Hospital; d'allora affatto bene; non recidive.	Nessuno.	Arco esteso, più vasto al segmento superiore, e probabilmente in parte dovuto alla primitiva ulcerazione per l'affezione granulosa delle palpebre.
« 20 anni » fa occhi « deboli e lagrimosi » per « 12 mesi » non mai molto ammalati.	Margini delle palpebre inspessiti e ciglia un po' distorte; nessun inconveniente.	Chiara.

tisi; memoria buona; ricorda perfettamente qualche dettaglio riguardo alla scuola. fosse avrebbe dovuto probabilmente durare abbastanza perchè egli se ne ricordasse gravezza che non produsse mai sintomi soggettivi.

Digitized by Google

Il numero dei ricoverati così esaminati era di circa 400 in una casa di lavoro e di 450 nell'altra. La gran maggioranza di quelli esaminati aveva più di cinquant'anni.

Nell'oftalmia granulosa, più che in qualunque altra malattia, è necessario d'andare molto cauti nel fare una prognosi da un solo esame dell'ammalato. Il rapporto fra le alterazioni organiche ed i sintomi è così variabile nelle differenti persone, che un solo esame della congiuntiva, per quanto accurato e minuto, formerà una base assai incompleta per avere un'opinione sullo stato futuro dell'ammalato. I punti seguenti saranno di molta utilità: 1° la durata approssimativa della malattia, se può essere accertata; è poco il pericolo per lo avvenire di serii sintomi e di alterazioni secondarie di struttura, se è già trascorso un lungo tempo senza di essi; 2° la prognosi definitiva è molto peggiore se vi sono già sintomi soggettivi, poichè la probabilità della loro comparsa (*cæt. par*) è più grande dopo che già apparirono una volta di quel che era avanti il primo loro apparire; 3° la stessa regola si applica alle opacità ed ulcerazioni corneali; una gran maggioranza di ulcerazioni si osservano quali recidive in ammalati che ne soffrirono già altra volta; 4° la presenza dell'oftalmia del tarso (*sycosis tarsi*) aggiunta all'oftalmia granulosa aumenta il pericolo dell'ulcerazione corneale, come pure la disposizione alle alterazioni nella curvatura, ecc., delle palpebre e dei punti lagrimali.

Cause dell'oftalmia granulosa.

Quantunque questa malattia sia da lungo tempo stata conosciuta e più o meno perfettamente de-

Digitized by Google

scritta, pare però che gli autori non si sieno gran fatto curati della sua eziologia finchè cominciò a riconoscersi ch'essa formava un elemento assai importante nell'oftalmia epidemica che ebbe luogo nella maggior parte delle armate europee sin dal 1800, e che fu per secoli una grave affezione in Egitto ed altri paesi caldi.

L'affezione granulosa, distinta dall'oftalmia contagiosa, fu ben descritta come predominante fra i grandi agglomeramenti d'uomini da O'Halloran, nel 1814. Parlando dell'errore comune di paragonare le « granulazioni » di questa malattia a quelle di una superficie ulcerata, egli dice: « noi vediamo sulle palpebre di persone che mai soffrirono della malattia purulenta e oftalmia un'apparenza simile a quella che è comunemente chiamata « granulosa ». Egli aggiunge che questo può esser verificato « in qualunque riunione d'uomini, per es., un corpo militare o reggimento ». E di nuovo, « in ogni gran massa d'uomini si trovano individui le cui palpebre sono seminate da fiocchi villosi, o da produzioni fungose analoghe a quelle che vennero denominate « granulazioni », non ostante che dalla giovinezza abbiano goduto buona salute e assoluta immunità dalla malattia, per quanto consta ». Dopo, descrivendo accuratamente le varietà principali d'aspetto delle palpebre granulose, dice le cose seguenti sulla natura della malattia. Le granulazioni sono « semplici rigonfiamenti di natura fungosa delle ghiandole e dei vasi; i primi, se non erro, sono molto più numerosi di quel che si è creduto (1); gli ingrossamenti di

(1) Pare ch'egli non conosca che G. B. Müller aveva, nel 1821, conchiuso che l'oftalmia contagiosa era « una malattia delle ghiandole mucose delle palpebre » (Congresso d'oftalmologia, 1857, (*Compte-rendu*,) pag. 291). Non ho ancora potuto esaminare il trattato del 1821 ivi riferito.

Digitized by Google

tal fatta trovansi negli abiti scrofolosi, dove le ghiandole nelle altre parti sono ammalate; in tali casi l'affezione delle ghiandole delle palpebre è talora la causa, e non l'effetto, di ciò che è chiamato infiammazione ». L'intiera importanza dovuta alle granulazioni follicolari e vescicolari siccome predisponenti a gravi attacchi di congiuntivite non è stata riconosciuta fino agli ultimi anni. Esse furono accuratamente illustrate da Eble nel 1828 (2), e da lui descritte come rappresentanti il primo stadio dell'oftalmia contagiosa, e nel 1839 Hairion diede ad esse un posto importante nella malattia. Il fatto ora universalmente ammesso che esse predispongono agli attacchi di grave oftalmia, fu osservato da Loëffler nel 1848, ed è stato d'allora abbondantemente confermato.

La graduale scoperta della parte importante rappresentata da queste granulazioni nell'oftalmia distruttiva delle armate europee condusse ad ammettere in primo luogo, che esse, come formanti uno dei sintomi o risultati dell'oftalmia così chiamata egiziana. erano state importate in Europa da quella contrada circa il 1800. Quando al fine si scoperse che esse non erano il risultato di congiuntivite purulenta o altre forme acute di congiuntivite, fu affermato da molti autori che due distinte malattie della congiuntiva erano state importate in Europa dall'Egitto la « granulazione vescicolare » od « esantema vescicolare della congiuntiva » e l'oftalmia purulenta. Riguardo alle varie forme di congiuntivite acuta, si ammetteva ch'eransi osservate tanto sporadicamente che epidemicamente in Europa molto tempo prima della campagna egiziana Anglo-Francese; ma si pretendeva che la vera oftalmia granulosa non essendo stata de-

(2) Queste sono le migliori illustrazioni che io ho visto.

Digitized by Google

scritta come una malattia predominante, non poteva aver esistito in Europa (tutt'al più solo sporadicamente) finchè non fu introdotta dall'Egitto, e che infatti era stata introdotta in questo modo. Dacchè la vera natura ed importanza delle granulazioni non fu scoperta fino a molto tempo dopo la pretesa importazione della malattia dall'Egitto, si pensò da qualcuno che descrizioni di simil genere degli antichi autori, non potessero certamente esser ritenute come riferentisi alla malattia in quistione. Di più, si ritenne ancora che il fatto del non essersi notata la presenza di queste granulazioni in un dato paese, finchè l'insorgere di oftalmia grave nell'armata o nella popolazione civile dello stesso paese portò l'attenzione sul soggetto, era equivalente a provare che esse non avevano esistito finchè furono scoperte. L'opinione che l'oftalmia contagiosa era stata introdotta da un paese e s'era poscia largamente diffusa fra le popolazioni civili e militari, necessitò la dottrina del contagio, e noi d'accordo troviamo, che parecchi autori con qualche modificazione adottarono l'ipotesi di Thiry di un speciale *virus* contagioso. Si suppose che si generasse nelle granulazioni vescicolari, e da qui si diffondesse nell'aria in uno stato gazoso dopo la loro rottura (Landau) e si propagasse sia per l'infezione diretta dell'aria, sia contaminando i letti e le vestimenta, da cui potesse di nuovo esser messo in libertà in uno stato attivo anche dopo un periodo di tre anni (Hairion). Fu più tardi asserito che la malattia non originò mai *de novo* in Europa, la sua origine in questo senso essendo confinata all'Egitto, e forse in qualche altro clima caldo. A ciò alcuni aggiunsero la proposizione ancor più strana, ch'essa è una malattia costituzionale del sangue.

(Continua).

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 46ª settimana

dal 10 al 16 novembre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	3	10	13	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	»	»	»	» tubercolose, scrofolose	5	3	8
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	1	1	» sifilitiche	2	»	2
Convulsioni, elmintiasi	4	4	8	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	1	1	2	» ematiche	1	»	1
Coclussie	»	»	»	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	2	2	» scirrose, cancerose	»	2	2
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colera	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	1	»	1				
» tifoidea e tifo	1	3	4	TOTALE	48	69	117
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	2	2	Non appartenenti alla popolazione di Torino	9	9	18
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	1	3				
Avvelenamenti diversi	»	»	»				
Asfissie	»	»	»	TOTALE nella 46ª settim.na	57	78	135
Malattie dell'appar.° respiratorio	14	14	28	» nelle settim.e precedenti	3075	3062	6137
» dell'apparato dell'alimentazione	6	15	21				
» dell'app.° cardio-vasale	4	7	11				
» del sistema nervoso	2	4	6	TOTALE complessivo	3132	3140	6272
» dell'app. uropoietico e genitale	2	»	2				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2703	2788	5491
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	TOT.	ESPULSI MORTI M.	F.	TOT.
Nella 46ª settimana	60	63	123	4	10	14
Nelle precedenti	3132	2959	6091	245	156	401
TOTALE COMPLESSIVO	3192	3022	6214	249	166	415

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore COLOMIATTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICIALE

Seduta del 15 *novembre* 1878.

Presidente **Gamba.**

Sono presenti i Socii: Olivetti, Berutti, Giacomini, Perotti, Lombroso, Valerio, Mosso, Gamba, Bizzozero.

Data lettura del precedente verbale che è approvato, il Segretario dà comunicazione delle presentazioni seguenti:

Bertola *Dott.* — *Mezzo pratico di prendere la curva dell'uretra maschile sul vivente.* Vercelli, 1878 (al socio Berruti per rapporto).

Devecchi *Dott.* Paolo — *Contribuzione allo studio della medicazione antisettica del Lister nelle operazioni chirurgiche* Torino, 1878 (Estratto dall' *Indipendente*).

Lombroso *Prof.* Cesare — *I veleni del Mais e la loro applicazione all'igiene della terapia.* Bologna, 1878 (al socio Olivetti per rapporto).

Rendiconto dell'Ospedale Oftalmico ed infantile di Torino per lo esercizio degli anni 1875-76-77. Torino, 1878.

Il **Presidente** comunica la dolorosa notizia della morte del Socio corrispondente Dott. Luigi Ciniselli. — La Direzione della Società Italiana d' Igiene invita i Socii dell'Accademia di entrare a far parte di detta istituzione mandando copia del processo verbale, con cui « l'Assemblea, udite le comunicazioni riguardanti il Congresso Internazionale d' Igiene che dovrà aver luogo in Torino nel 1880 esprime il voto che l'iniziativa e la direzione del Congresso stesso sia affidata alla Società Italiana d'Igiene, ed

Digitized by Google

incarica il proprio Consiglio di Direzione di provvedere subito alla nomina di un Comitato in quella città d'accordo coll'Ill.mo sig. Sindaco e col Rettore della R. Università »

Dietro alcune spiegazioni il **Presidente** mette all'ordine del giorno per la prossima seduta la discussione intorno alla partecipazione dell'Accademia nel Congresso internazionale d'Igiene del 1880.

Data lettura di una lettera del Dott. Targhetta, l'Accademia confermando le opinioni espresse dal Dott. Berruti passa all'ordine del giorno; ed il **Presidente** dà la parola al Socio Lombroso per la lettura dei due rapporti che fanno seguito a questo processo verbale.

Il Presidente **A. Gamba.**

Il Segretario particolare **A. Mosso**

Rapporto sull'opera *De la cause réelle de la pellagre* par le Doct. Cazenave De La Roche — Bagnères 1878

È un vero destino che il tema del mais e della pellagra debba essere il tema obbligato di una serie di spropositi l'uno più singolare dell'altro.

Così abbiamo avuto il Pari, il quale trova l'origine della pellagra nelle muffe delle capanne rurali, capanne, il cui spaccato, con un metodo veramente tutto suo, egli fa entrare nell'obbiettivo di un microscopio. Fua che fa del mais la panacea di tutti i nostri malanni, il Gemma colla sua *lepidermo-crinia*, colla sua *screpolatura romboide* della lingua, colla sua dermatite calorica ed il suo respiro a mantice, dei pellagrosi.

Persino la diligente vostra Commissione pel premio Riberi 1872, fuorviata dal sig. Dott. Prof. Gibello, mi fa precedere nella scoperta del *penicillum glaucum* e degli altri funghi del mais, dal Borelli, dal Quaglino e dal Man-

Digitized by Google

zolino i quali non hanno mai sognato, non che di esperimentare, nemmeno di osservare dei funghi del mais e mi fa precedere dal Michelacci, il quale non ha che copiati i miei esperimenti, già pubblicati, senza citarli.

Ma relativamente al piccolo volume l'operetta del De La Roche supera tutte l'altre, per ricchezza di spropositi, a cominciare da quel vecchio errore che fa consistere la sindrome pellagrosa solo nelle lesioni cutanee, intestinali, nervose, dimenticando le cardiache e le renali, le quali io ho dimostrato nei miei *Studi clinici ed esperimentali sulla pellagra* essere molto più importanti. È, poi, pienamente falso quanto dice l'A. che Roussel e Costallat e Balardini attribuiscano la pellagra all'uso della melica sana; essi hanno, invece, sempre sostenuto che n'era causa la guasta; vero è che l'Autore più sotto afferma precisamente anche questo, ma ciò non prova che la sua singolare incostanza anche negli spropositi; è pure falso quanto dice l'Autore che Roussel incominciasse, prevenuto dalla teoria zeistica, le sue osservazioni sulla pellagra; non solo ciò non è vero, ma è vero precisamente il contrario. Il primo suo trattato sulla pellagra fu, anzi, scritto sotto l'impressione contraria in seguito all'esame di alcuni casi di pseudo-pellagra probabilmente da uremie che non avevano alcun rapporto col mais che egli vide a S. Louis e illustrò nel suo primo trattato; ed è quindi doppio merito di quel grande patologo e prova più sicura della verità delle dottrine maistiche. È falso quanto dice l'Autore che nel Trentino non si mangi mais e vi sia molta pellagra; vi è molta pellagra, ma anche moltissimo mais e spesso guasto; viceversa nella Valtellina la pellagra egli la vide così abbondante solo coll'occhio della sua immaginazione, poichè essa non vi sorpassa il rapporto di 1 ogni 6000 abitanti ed è probabile che quella stessa immaginazione gli abbia fatto vedere la pellagra nella Cuenca e nella *Guadaloiara*.

Digitized by Google

Credo, invece, vero il fatto, perchè attestato da altri che non l'Autore, come l'egregio Burc e Fourcade, che nella valle di Nay nei bassi Pirenei, ove il mais detto Meture, Micale, Broye, Escauto, si mangia abbondantemente, la pellagra già molto diffusa vada sparendo, ma ciò non deve suscitare le meraviglie, nè è in contraddizione coi zeisti, poichè quei paesi, anche a dire dell'Autore, sonosi ora assai arricchiti e la Madonna di Lourdes ne deve sapere qualcosa; ed è naturale che se mangiano ancora mais lo mangino buono; per un ultimo errore e per un'ultima contraddizione dichiara l'Autore che crede alla nocuità del verderame del mais, e ciò grazie alle belle esperienze di Bouchardat, che probabilmente non ne ha mai fatte e di Lussana che ora a buon conto dichiarò nulle ed apocrife tutte quelle che aveva fatto in proposito, avendo egli prodotto null'altro, a suo dire, con quello, che degli emboli; — e qui mi pare che basti.

Prof. Lombroso.

Rapporto sull' opera *Ueber einige Producte des gefaulten Mais (Su alcuni prodotti del mais guasto)* di Th. Husemann — Strasburgo, 1878.

Tutti sanno quanto sia stata controversa in Italia e accanitamente controversa la questione dei rapporti tra il mais e la salubrità pubblica; tristi questioni personali e, quel che è peggio, vilissimi interessi pecuniari, confortati dalla grande ignoranza dei principii più elementari di chimica organica e di fisiologia che domina non solo nel volgo, ma ahi! purtroppo perfino nel mondo medico, ci hanno lasciato una serie di dubbi sui veri danni del mais guasto, dubbi che niuno si sarebbe sognato di mettere in campo a petto di qualunque altra sostanza organica in

Digitized by Google

putrefazione, solo che si ricordasse il detto di Bachuone fin dal 1311: *Quaecumque putrefacta perniciosa valde!* Vi ebbero dei chimici, che, trovando nel mais guasto un'alcaloide simile alla stricnina, l'attribuirono a malizia degli sperimentatori e tacquero quando ve la rinvennero essi medesimi nelle proprie preparazioni e quando esperimentando colla segala e nel pane guasto non ve la rinvennero più; e ve ne ebbero che dopo aver esperimentato ed osservato che provocava nei polli la mortalità dal 25 al 50 per 100, previo un grande aumento di calore e calo nel peso, dichiararono che a tutto ciò era estraneo il mais guasto, e che ciò dipendeva dai freddi invernali dei mesi di marzo e di giugno!! e ve n'ebbe di quelli che non potendo negare i rapporti della pellagra col mais l'attribuiscono, con una chimica di fantasia, ad una pretesa deficienza di azoto o di sostanza albuminoide nel mais, ignorando che giustamente esso è stimato, quanto alla composizione chimica, assai più perfetto del frumento, dell'avena e della segala per la ricchezza degli elementi azotati ed insieme dei carboniosi.

Dopo ciò non può non venire raccolta che con somma curiosità una parola autorevole di uno scienziato, come Husemann, che è a giusta ragione riguardato come uno dei primi tossicologi d'Europa.

Dopo aver riassunto con ammirabile precisione i lavori del prof. Lombroso sui veleni del mais, e quelli di molti suoi collaboratori come Tizzoni, Duprè, Benazzi, ecc., espone molte sue esperienze condotte assieme coll'americano Cortes, sopra alcuni di quei preparati, e specialmente sulla pellagrozeina, da lui chiamata per errore dello speditore maisina.

Le esperienze condotte coi preparati più attivi (di primavera) gli diedero risultati molto simili a quelli della nicotina, ma a dosi di molto maggiori; tre grammi per

Digitized by Google

chilo della sostanza, iniettati sotto cute ad un coniglio appena producevano sonnolenza e rallentamento del polso; e nei tritoni 15 centigrammi, la morte, preceduta da paralisi e da leggiere convulsioni degli arti; 3 centigrammi apparvero mortali alla rana in una a due ore e mezza. Verificò egli pure l' osservazione del Lombroso che in una fredda temperatura (a + 3 o a — 4), l'intossicazione ritardava del settuplo.

E siccome in questi casi si trovava da lui, molte ore dopo, gran parte della sostanza intatta sotto cute, egli ciò spiegava coll' ipotesi che l'azione del caldo ne acceleri l'azione, perchè rende più liquida la sostanza venefica; giustamente spiega con ciò il perchè negli animali a sangue caldo l'azione appaia energiça e rapida tanto nel freddo come nel caldo, il che fu osservato, ma non spiegato dal Lombroso. La rana era presa da un accesso convulsivo subito dopo l' iniezione, indi restava immobile, anche se irritata; si notavano convulsioni cloniche dei muscoli flessorii, ma non degli estensori come dopo la stricnina; non si aveva dunque. un vero tetano, alle volte si notavano scosse fibrillari dei muscoli o paralisi e convulsioni di una emisezione del corpo; giammai si osservò una esagerata attività riflessa, nè mai quell'avvicendarsi di paralisi e convulsioni che osservava il Dott. Lombroso e che si ha, anche, nella picrotossina; il cuore era regolare ed ultimo a morire ed in diastole. L'olio di mais, ad 1 gramma, diveniva mortale nella temperatura calda; l'avvelenamento cominciava con rallentamento dei movimenti volontari e dei reflessi, e del respiro, e piccole convulsioni dell'estremità. Il cuore batteva forte ancora dopo cessata da molto ogni apparenza di vita. L'irritabilità elettrica permaneva; il che ci mostra, che la paralisi partiva dal centro cerebrale, e non dalla periferia nervosa; e infatti, la rana decapitata o cloralizzata non aveva più convulsioni.

Digitized by Google

Avendo l'autore cimentato, poi, dei preparati più attivi, ottenuti nelle stagioni caldissime, provocò parecchie volte narcosi, ma senza l'aumento dell'eccitabilità riflessa; in altri invece questa si notava chiarissima; dapprima l'animale era immobile sotto gli eccitamenti; ma dopo $^1/_2$ a $^3/_4$ di minuto si manifestava l'azione riflessa; si ebbe infine il vero tetano come nella stricnina, tanto con piccole come per grandi dosi; il numero e la forza dell' impulso cardiaco s'indeboliva, però meno nelle rane fenestrate.

Si provocò il tetano in un coniglio pesante 275 grammi con una seconda dose di 4 grammi; il tetano si rinnovò dopo un'ora e mezzo, manifestandosi poi narcosi e paralisi progressiva; il respiro dapprima accelerato si rallentò.

Da tutto ciò l'Autore conchiude: che si formano nello zea mais fermentato dei veleni di varia natura, fra cui predomina, in quelli ottenuti nelle stagioni fredde, un corpo, la cui azione, prima, si manifesta nel cervello, più tardi nel midollo e nel midollo obblungato; esso non offende la contrattilità e irritabilità muscolare, aumenta l'attività cardiaca.

Nel mais fermentato nella stagione calda, si contiene una sostanza che a modo della stricnina produce eccitamento di molti riflessi e tetano ed è molto più tossica della prima. Il veleno ottenuto nella stagione fredda è più attivo dell' olio ottenuto nella medesima stagione, perchè più facilmente viene riassorbito.

L'aver ottenuto, segue l'Autore, una sostanza tetanizzante da un prodotto di putrefazione è un nuovo indizio che il tetano traumatico derivi da un processo settico; infatti gli ospedali, ove eravi maggiore infezione settica, presentavano maggior numero di tetano, come l'ospedale di Bethania, dove si contava il tetano su 0, 08 p. °/₀ degli ammalati e su 0, 69 p. °/₀ dei morti, mentre a Vienna appena se ne ebbe su 0, 31; e quindi si riesce a spiegare

Digitized by Google

il comparire del tetano in una medesima camera e nello stesso letto e l'asserzione di Acrell, fin dal 1775, che appena morto per tetano da gangrena del femore un amputato, subito se ne manifestarono due altri nella medesima sala, e finalmente il manifestarsi del tetano nelle stagioni calde (1).

« Estranei all'Italia ed ai malati di pellagra poco possiamo concludere di certo, continua l'A., sulle relazioni scoperte dal Lombroso tra i veleni del mais e la pellagra; ma evidentemente quei veleni agiscono sui centri nervosi; e una prova che una volta introdotti essi debbono indurre malattia di grande durata cava dal fatto che nessun animale una volta avvelenato potè riaversi.

« Le differenze che si trovano tra le esperienze ed i fenomeni della pellagra si ripetono in tutta la patologia sperimentale, così che nemmeno il *saturnismo cronico* prende negli animali la forma cerebrale, nè mai si ottengono i fenomeni della morfina nei cani.

« Gli è che a noi manca il modo di conoscere molte delle alterazioni delle funzioni cerebrali negli animali; d'altronde le analogie coll'ergotismo avevano indotto già Hirsch ed Hebra a concludere che la pellagra doveva essere effetto di una causa analoga. « È (dice Hebra) sicura « la somiglianza della pellagra, di cui vidi moltissimi casi, « cogli altri avvelenamenti prodotti da vegetali guasti; « solo l'azione è molto più lenta, ma non perciò meno « profonda » (*Virchow's Handb. der speciellen Pathol u. Therap.*, Vol. IV, sq. 205 ».

I casi di pellagra senza mais non sconcordano colla teoria del Lombroso, perchè non vi è alcuna impossibilità che si sviluppino analoghi principii tossici in altri materiali simili, ma non identici a quelli dello zea mais, così

(1) Altre prove in favore di questa teoria addussi, or ora, nel mio studio *Sui veleni del mais*. 1878, Bologna, pag. 70.

Digitized by Google

come avvelenamenti prodotti da alcune specie di formaggi hanno una perfetta analogia con quelli prodotti dalle salsiccie, benchè più sovente l'una produca avvelenamenti simili al colera, l'altro simili alla bella donna, anche gli avvelenamenti prodotti da pesci guasti producono pure fenomeni colerici, così come il veleno d'alcuni pesci salati provoca fenomeni simili al boturismo, per es. aridità della laringe, stipsi, afonia, impossibilità a deglutire e retrazione delle pareti addominali, e tutti questi corpi producono prurigo, papule, orticaria — azione. dunque, sulla cute, come la pellagra.

Il pesce pare agire più specialmente nell'intestino e nella cute, quando si guastò sotto il gran caldo, precisamente come il veleno tetanico del mais.

L'Autore riassume poi le storie cliniche del Benazzi, Tizzoni, Duprè, Lesi, Pagani, Rossi, oltre tre sue originali sulla cura di malattie cutanee col mais guasto; trova, che già *a priori* esso doveva supporsi utile in questa per la grande azione irritante, sostitutiva, sulla pelle, tanto più conoscendosi che l'eliminazione di queste sostanze putrefattive, prese all'interno, si fa per la pelle, ed è frequente che sostanze che producono dermatosi anche le guariscano; valga per es. l'arsenico; osservando poi, come il sarcoptes della scabbia muore al contatto dell'olio di mais in 15 minuti, mentre cogli altri rimedi appena in 20 e spesso in 40, esso crede deva preferirsi negli ospedali, non però nella pratica privata per l'odore disgustoso; crede probabile che molte altre malattie fito-parassitarie si possano guarire con quella sostanza.

Tale è la memoria che (edita negli *Arch. experim. Pathol. und Pharmacologie*, 1878 Strasburgo) egli porge a quest'Accademia. Essa è troppo importante perchè questo onorevole Corpo non debba tenerla nella massima considerazione e porgergli i più vivi ringraziamenti pel fattole dono.

Prof. Lombroso.

Digitized by Google

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

ANNOTAZIONI SULL'ANATOMIA DEL NEGRO

per **C. Giacomini**

Comunicazione fatta in seduta del 2 agosto 1878

Continuazione alla pag. 470, num. 15 e fine.

Cartilagine della piega semilunare nell'uomo Bianco.

Il risultato per me inaspettato della presenza costante nella piega semilunare delle scimmie esaminate di una cartilagine, l'avere essa i rapporti colle parti circostanti identici a quelli rinvenuti nella cartilagine delle due donne negre, mi invogliò a ricercare se nel Bianco questo fatto per legge d'atavismo, qualche volta non comparisse e quale fosse la sua frequenza.

All'epoca in cui scrivo io ho dissecato 512 occhi appartenenti a 147 uomini e 109 donne. Quando in questo studio fui giunto al 73° individuo rinvenni la cartilagine in questione nello spessore delle pieghe semilunari di ambidue gli occhi. Accortomi tosto di questo fatto non procedetti più oltre nella dissecazione e misi ambidue gli occhi nel liquido del Müller, indi nell'alcool e quando essi furono convenientemente induriti, con gli ordinarii metodi ho praticato delle sezioni trasversali di tutto l'angolo interno dell'occhio, siccome aveva già fatto di quelli delle scimmie, ed ho ottenuto così dei preparati nei quali la cartilagine e la sua topografia è messa ben in evidenza, siccome si può scorgere dalla fig. 1ª della tav. II, che fu anch'essa ritratta colla camera lucida ed allo stesso ingrandimento delle altre figure.

Digitized by Google

Qui adunque la cartilagine si presenta di figura irregolarmente ovalare con una piccola estremità rivolta in avanti, che si insinua nello spessore della piega semilunare; con una grossa estremità che guarda all'indietro. La massima sua larghezza sarebbe di 1/2 millimetro, la sua massima lunghezza di 2 millimetri. Essa fu compresa in 25 sezioni trasversali. Questa cartilagine presentava tutti i caratteri di quella delle due donne Negre.

Sulla faccia oculare della cartilagine si trovava un tessuto connettivo piuttosto lasso, sull'altra faccia invece il connettivo era più stipato, e si continuava all'indietro, probabilmente coll'espansione aponeurotica del muscolo retto interno. — Dico probabilmente, perchè nelle sezioni, per il maggior volume dell'occhio, non si è potuto comprendere l'estremità anteriore di detto muscolo, siccome si era praticato negli occhi scimmieschi. Però questa probabilità per me è certezza, essendochè ho sempre osservato nelle dissezioni sopra occhi che presentavano ben evidente la piega semilunare, che la parte profonda di questa si continuava costantemente con l'espansione del muscolo retto interno: cosa che, del resto, riesce facile a verificarsi alloraquando distaccando la congiuntiva dalla circonferenza interna della cornea si cerca di dispiegare la piega semilunare: non si giungerà a tale risultato se non dopo avere inciso questi tratti aponeurotici che si presentano abbastanza resistenti, per quanto essi appaiano poco pronunciati. Adunque la cartilagine dell'uomo Bianco si comportava nello stesso modo della cartilagine delle due Negre.

Ho attentamente esaminate tutte le sezioni, non solo quelle che contenevano la cartilagine, ma le inferiori e le superiori ad essa, le quali in totale oltrepassavano

Digitized by Google

le 90, per vedere se si riscontrava qualche rudimento di ghiandola o di fibre muscolari, ma il mio esame fu completamente negativo.

I vasi sanguigni non erano troppo abbondanti attorno alla cartilagine. Una rete molto manifesta si osservava invece al dissotto della congiuntiva, la quale a cominciare dalla parte profonda della caruncola lacrimale a venire fino al punto in cui si addossava al globo oculare presentava numerosi e cospicui rilievi papillari, ciascuno dei quali conteneva nel suo interno un'ansa vascolare. Nulla altro ebbi a notare che fosse degno di rimarco in questi preparati.

Il cadavere su cui fu riscontrata tale particolarità apparteneva ad un certo Avandero Giuseppe, d'anni 47, nativo di Asti, morto nella clinica medica per tubercolosi polmonare. Il resto dell'organismo si presentava normalmente costituito. Non ho potuto raccogliere alcun dato riguardo alla famiglia ed alla sua linea ascendente.

Studiato questo fatto io continuai nelle mie dissezioni senza nulla rinvenire fino al cadavere 164mo che apparteneva ad una donna; le pieghe semilunari della quale contenevano un piccolissimo nucleo cartilagineo, più pronunciato però a sinistra, il quale si dimostrava all'esame microscopico con tutti i rapporti della cartilagine dell'Avandero. Esso aveva la lunghezza di circa 800 micromill., e la larghezza di 300 e fu compreso in 16 sezioni trasversali. Le capsule del tessuto cartilagineo si presentavano più piccole, meno numerose e di forma irregolare. La sostanza fondamentale si manifestava ialina. Anche di questa donna non ebbi notizia nè della località in cui nacque, nè della famiglia a cui apparteneva.

Finalmente dopo aver studiato la piega semilunare

Digitized by Google

su altri quindici cadaveri, il 5 ottobre riscontrai di nuovo la nostra cartilagine in un uomo adulto. Anche qui era molto rudimentale, però più pronunciata sul lato sinistro che sul destro. Questo caso non ho sottoposto a sezioni microscopiche, ma ho voluto studiarlo colla semplice dissezione e la misi allo scoperto distaccando l'espansione aponeurotica del muscolo retto interno dalle fibre muscolari e lasciando intatta la congiuntiva ed essa mi apparve di figura lenticolare, del diametro di un millimetro e mezzo intimamente legata a detta aponeurosi. Questa osservazione apparterrebbe al 179mo individuo esaminato, corrispondente al 102mo uomo. Dopo questo ultimo caso io ho esaminato ancora 144 occhi di 77 individui senza più nulla riscontrare.

Da tutte queste mie osservazioni risulterebbe adunque che la Cartilagine della piega semilunare non sarebbe troppo frequente nell'uomo della nostra razza. Su 147 uomini avendola riscontrata 2 volte, noi avremo la proporzione di 1 a 78, 5. Mentre su 109 donne esaminate comparve una sola volta. Sarebbe adunque più frequente ad osservarsi nell'uomo che nella donna. La media poi di tutte le mie osservazioni darebbe la proporzione di 1 a 85. Ma come facilmente si comprende, prima di venire a stabilire il grado di frequenza di questa disposizione nella nostra razza e nei due sessi, egli è d'uopo che le osservazioni siano grandemente moltiplicate. Ed io non cesserò di esaminare attentamente tutti gli occhi, dei quali potrò disporre, sperando così di raggiungere un valore il quale si avvicini maggiormente alla realtà. Il modo poi con cui si presentava la cartilagine negli individui della nostra razza esclude affatto qualunque condizione patologica.

Digitized by Google

La grande quantità d'occhi che sono andato esaminando mi ha dimostrato innanzi tutto il diverso modo con cui si presenta la piega semilunare. In alcuni essa si trovava talmente ridotta che appena si riesciva a vederla sotto forma di un rialzo; in altri si presentava pronunciatissima, di figura veramente semilunare con un corno superiore e l'altro inferiore, i quali si portavano in avanti per continuarsi colla congiuntiva oculare. E quando questi corni decorrevano molto obbliquamente in avanti ed erano piuttosto tesi, rimaneva circoscritta tra il globo oculare, e la corrispondente faccia della piega semilunare una piccola saccoccia, una specie di nido, nel quale potrebbero benissimo essere imprigionate delle mucosità o dei corpi estranei.

E non volli limitarmi a questo semplice esame ad occhio nudo; ma una gran parte di quelle pieghe che si presentavano maggiormente sviluppate le ho sottoposte a sottili sezioni microscopiche ed ho osservato così come il margine libero non si presenti sempre egualmente conformato. Talora è sottile, altra volta presenta un rigonfiamento triangolare, per modo da ricordare l'ingrossamento che abbiamo veduto avere le pieghe semilunari del Cercopiteco e del Cinocefalo (Fig. 4ª, Tav. II); in altre circostanze non è semplice, ma è doppia e più di rado tripla (Fig. 3, Tav. II). In alcuni casi la mucosa nel portarsi dalla caruncola lacrimale alla piega semilunare invece di presentarsi regolare, ha qua e là dei rialzi tutti rivolti verso il globo oculare, i quali rialzi simulerebbero tante pieghe semilunari rudimentali.

Nella mucosa del lago delle lacrime ho notato talora la presenza di ghiandole mucose dell'Henle (Figura 1ª, *H*), contrariamente a quanto fu osservato da

Digitized by Google

alcuni autori (vedi il prezioso lavoro sulla Struttura della Congiuntiva umana del prof. Ciaccio, pag. 18), tal altra di follicoli chiusi. L'epitelio si dimostrò sempre pavimentoso stratificato. Il corio infiltrato in più o meno abbondanza di leucociti. Nello spessore della piega semilunare esisteva un tessuto connettivo fibrillare, e vasi sanguigni, però non troppo numerosi.

Nella parte interna di una piega semilunare ho rinvenuto la presenza di una ghiandoletta a grappolo, di figura ovalare situata nel tessuto sottomucoso, la quale andava ad aprirsi sulla superficie della congiuntiva con un condotto ampio rivestito di epitelio cilindrico. Per la posizione tale ghiandoletta, ricordava la ghiandola di Harder, o meglio la ghiandola descritta nel Cercopiteco e nel Cinocefalo (Fig. 3ª, Tav. II, *K*).

Altra ghiandola pure a grappolo rinvenni nello spessore della caruncola lacrimale di altro individuo, la quale era della natura di quella che abbiamo descritta nella nostra donna mora (madre).

Queste due ghiandole appartenevano evidentemente alle ghiandole sotto-congiuntivali di Sappey, che vengono appunto considerate come rappresentanti la ghiandola d'Harder, la quale invece di essere riunita in un solo gruppo, nell'uomo sarebbe disseminata qua e colà al dissotto della congiuntiva.

Queste sono le ricerche che io ho intrapreso, in seguito ad aver constatato la presenza di una cartilagine nella piega semilunare delle nostre due donne Negre. Io le ho qui riferite, malgrado esse sembrino allontanarsi d'alquanto dallo scopo che mi era prefisso, perchè ho creduto che esse potessero servire a renderci ragione di una disposizione anatomica abbastanza rara ad osservarsi nella specie nostra. Queste osservazioni dimostrano infatti come una data parte

Digitized by Google

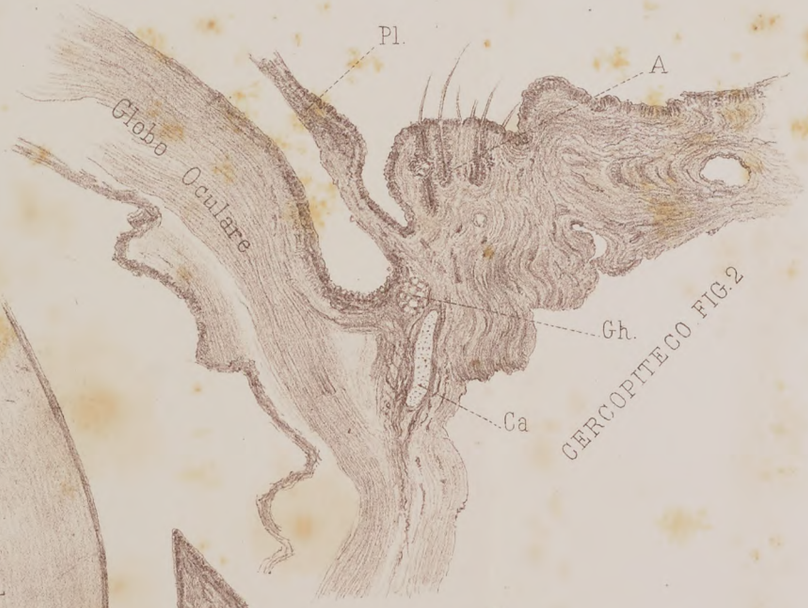
del nostro organismo, malgrado sia divenuta atrofica per mancanza di esercizio, e non serva più allo scopo cui è destinata in altri animali, tuttavia nella sua costituzione anatomica conserva sempre gli stessi elementi, i quali se possono scomparire nella grande maggioranza dei casi, tratto tratto però tornano a manifestarsi, quasi ad affermare la loro origine. È questa la storia di tutti gli organi rudimentali, che si riscontrano nell'organismo umano, come in quello di molti animali, i quali organi non potrebbero avere alcuna spiegazione, se non si giudicano a questa stregua. E questi rudimenti, dirò con l'illustre autore dell'origine dell'uomo, si possono paragonare « alle let-« tere di una parola, le quali si conservano nella « scrittura, ma che non vengono pronunciate e che « ci servono di guida nella ricerca della sua etimo-« logia ».

II.

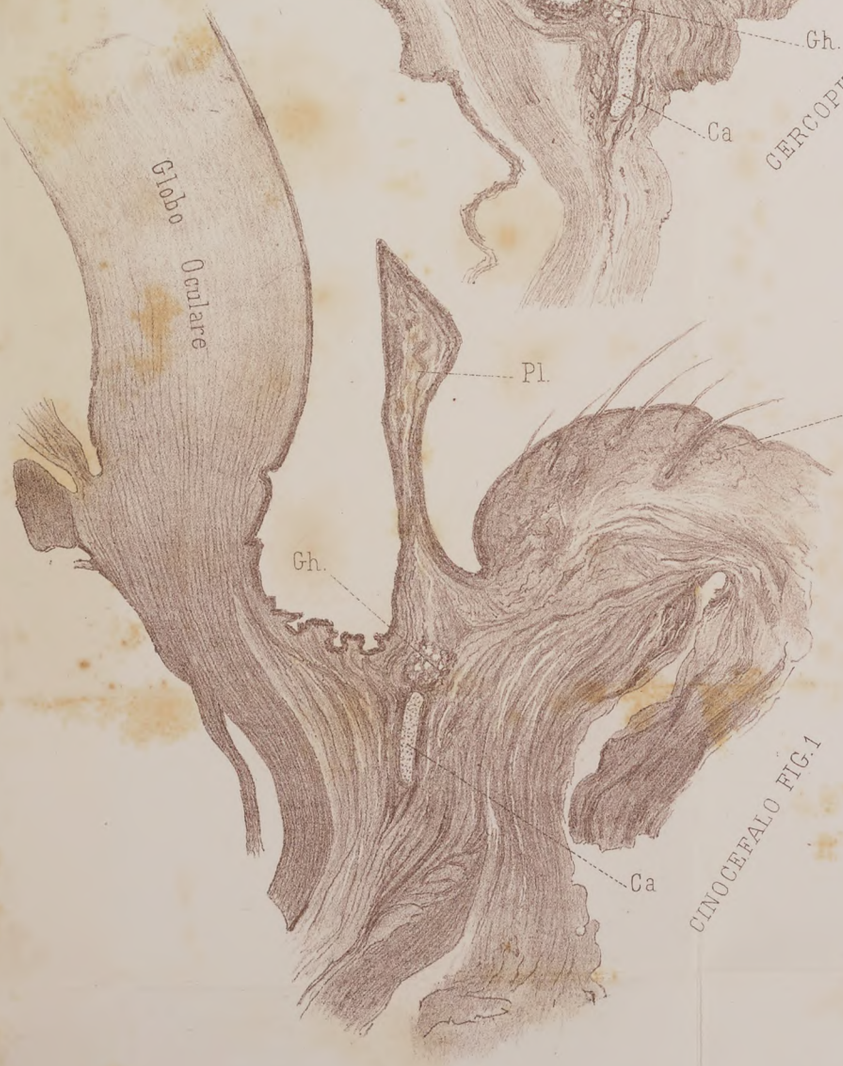
Ovuli in via di sviluppo nell'ovaia della Negra . di due anni.

I principali visceri della bimba Negra trovandosi in condizioni favorevoli, furono conservati nel liquido di Müller e quindi nell' alcool onde esaminarne l' intima costituzione. Così furono studiati il polmone, il fegato, i reni ed una milza sopranumeraria della grossezza di una piccola nocciuola, senza riscontrare in essi particolarità che li facessero differenziare dai medesimi organi nell'uomo Bianco; ed i preparati hanno servito in gran parte alle dimostrazioni microscopiche che si son fatte agli studenti nel decorso anno.

Digitized by Google



CERCOPITECO FIG. 2



CINOCEFALO FIG. 1

ORANG. FIG. 3.

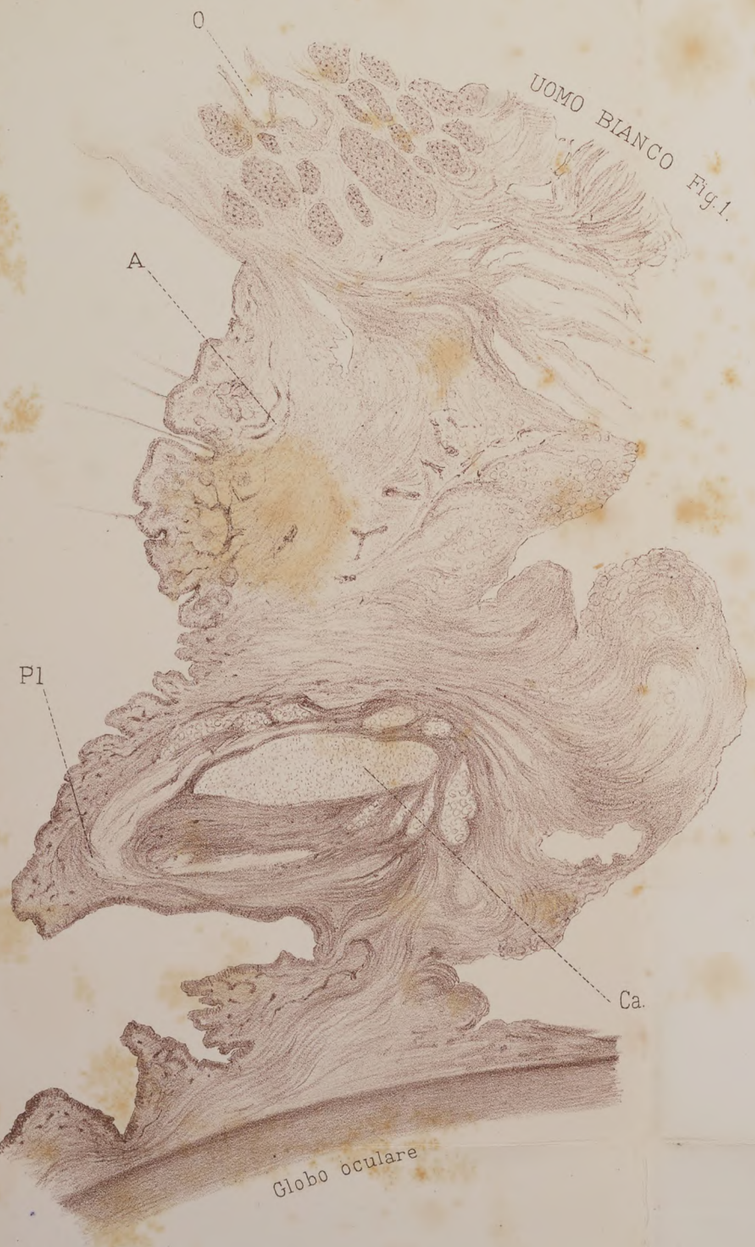
Typ. e Lit. Camilla e Bertolero

L. Cantù dir. e Lit.

Digitized by Google

Digitized by Google

UOMO BIANCO Fig. 1.

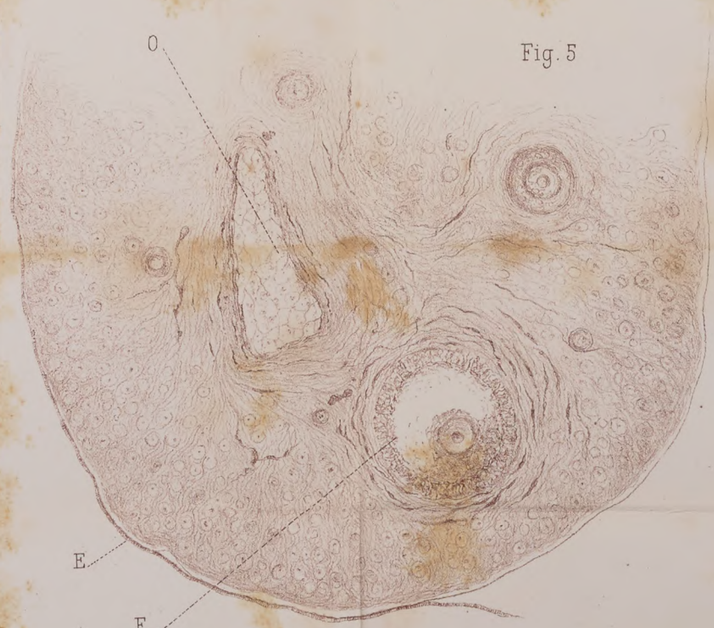


DONNA NEGRA Fig. 2.

Fig. 3.

Fig 4.

Fig. 5



Typ. e Lit. Camilla e Bertolero, Torino

L. Cantù dis. e Lit

Digitized by Google

Digitized by Google

La mia attenzione fu in special modo portata sulla capsula soprarenale, essendochè era stato asserito da qualche autore, che tale viscere si trovasse nei Negri di un volume maggiore che nella razza bianca (Meckel). Ma tanto nella madre quanto nella figlia, il volume e la conformazione esterna della capsula si trovavano nelle condizioni ordinarie. Le sezioni poi della capsula della figlia non dimostrarono al microscopio nulla che si allontanasse da quanto oggidì si conosce intorno a quest'organo misterioso.

Siccome ho fatto degli altri visceri, così sottoposi l'ovaio ad esame microscopico, e qui riscontrai disposizioni che non erano in rapporto con l'età dell'individua cui l'ovaio apparteneva. È noto infatti come lo strato ovigeno dell'ovaio rimanga inerte fino all'epoca della pubertà, per cui gli ovisacchi conserverebbero fino all'età di 12 o 14 anni, presso a poco il medesimo volume che essi hanno alla nascita. Ma giunta all'epoca della pubertà, una parte di questi ovisacchi assumerebbe uno sviluppo maggiore per modo da divenire poi follicoli di Graaf.

Questa credenza che era divisa da tutti gli anatomici e fisiologici, fu messa in dubbio dalle recenti osservazioni di Bischoff, di Grohe, di Slaviansky, d'Haussmann, e di Sinety, le quali dimostravano in modo evidente che gli ovuli ed i follicoli del Graaf, si sviluppano nelle ovaie di bimbe d'ogni età fino all'epoca della pubertà, e che questi follicoli avrebbero tutti i caratteri di quelli che si riscontrano nell'età adulta. E tale fatto che dalla maggioranza degli autori è considerato come accidentale o patologico, dal Slaviansky, invece è ritenuto come costante, avendolo egli riscontrato nelle ovaie di tutte le bimbe che egli ha potuto esaminare.

Digitized by Google

Premesse queste nozioni, ora ecco quanto io ho potuto notare nelle sezioni trasversali della metà esterna e nelle sezioni parallele alle faccie della metà interna della ovaia della negra. Malgrado l'epoca lontana dalla morte, in cui fu raccolta quest'ovaia, tuttavia in alcune parti si presentava in modo evidentissimo l'epitelio che riveste la superficie di tale ghiandola, e questi punti erano principalmente in corrispondenza di incisure che si osservavano al margine superiore o libero dell'organo. Quest'epitelio non si poteva dire propriamente cilindrico, le cellule avendo il diametro verticale presso a poco eguale al trasverso ed avendo una grossezza di molto inferiore a quella che viene ordinariamente assegnata a tale epitelio; esso era reso più manifesto in quei tratti, in cui si trovava distaccato dal resto della superficie dell'ovaia.

Lo strato ovigeno era quello che presentava delle più marcate variazioni. Mentre gli ovisacchi che erano collocati alla periferia dell'organo conservavano le loro dimensioni ed i loro rapporti ordinari, e nel loro insieme formavano una zona che comprendeva la massima parte dello spessore dello strato corticale, quelli più vicini al bulbo si presentavano sotto diverso volume trovandosi a diverso grado di sviluppo. Alcuni infatti avevano un diametro da 100 a 200 micromill., mentre altri raggiungevano i tre o quattro mm. Nei primi cominciava a formarsi la membrana granulosa, che nei più piccoli era costituita da un solo strato di cellule, in quelli di maggior volume queste cellule erano disposte sopra duplice o triplice ordine sempre però in stretto rapporto con l'ovulo che era situato alla parte centrale; in altri invece più sviluppati l'ovulo assumeva una posizione eccentrica e si cominciava a formare una cavità circoscritta dalla mem-

Digitized by Google

brana granulosa. In breve si potevano, esaminando le diverse sezioni di quest'ovaia, osservare le diverse fasi per cui passa l'ovisacco per divenire follicolo di Graaf. Una grande parte di queste particolarità sono riprodotte fedelmente per mezzo della camera lucida nella fig. 5 della tavola II. — Il bulbo dell' ovaia malgrado non fosse molto sviluppato era però grandemente vascolarizzato e nelle sezioni nelle quali erano compresi dei vasi tagliati parallelamente al loro decorso, essi si mostravano ricchi di fibro-cellule.

L'ovaia adunque della nostra bimba negra si trovava in piena attività. Volendo vedere se gli altri organi dell'apparato genitale prendessero parte a questa attività funzionale dell'organo principale, feci preparazioni della tuba Faloppiana, del corpo dell'utero e del suo collo, della vagina e pur anche della ghiandola mammaria, e riscontrai tutti questi organi nella più perfetta quiete: nessuno dava segno di accorgersi di quanto avveniva nell'ovaia.

L'ovulo adunque andava maturando, ma le parti che dovevano accoglierlo rimanevano inerti. Quivi avevamo evidentemente una indipendenza della funzione dell'ovaia da quella dell'utero; ma se questa indipendenza non si può negare, non si può però ammettere che la funzione dell'ovaia riescisse al suo scopo, essendochè il movimento iniziato nell'ovaio doveva trovare il suo necessario complemento negli altri organi e specialmente nell'utero. Nel nostro caso adunque la funzione cominciava e doveva finire nell'ovaio. E le considerazioni che andremo più avanti svolgendo mi inducono a ciò credere.

L'ovaio che fu così sezionato era il destro; il sinistro fu conservato nell'alcool, ed esso si presentava nella conformazione esterna come d'ordinario, con un

Digitized by Google

diametro longitudinale che misurava 23 mm., un verticale 7 mm. e l'antero-posteriore 3 mm. Dai pochi confronti che io ho potuto instituire, queste dimensioni mi parvero un po' superiori a quelle che si riscontrano nella razza nostra alla stessa età. La superficie delle due faccie era liscia, regolare, senza alcuna traccia di cicatrice, il margine libero si presentava leggermente frastagliato evidentemente per congenita disposizione.

Troviamo adunque diversi fatti nella nostra osservazione, i quali ci inducono a credere che l'ovulo, malgrado esso tendesse a raggiungere le ultime fasi di suo sviluppo, tuttavia esso non doveva emigrare dalla località in cui era nato, e questi fatti sono:

1° La regolarità con cui si presentava l'ovaio nelle sue superficie, sapendo quali traccie indelebili lascia sulle medesime lo scoppio di un follicolo di Graaf.

2° La sede profonda degli ovuli in via di sviluppo, essendo essi vicini al bulbo, ed essendo coperti da uno strato di ovisacchi immaturi che comprendeva il massimo spessore della sostanza corticale.

3° Finalmente nell'aver trovato le vie che esso doveva percorrere per nulla preparate al suo passaggio.

Ma vi ha di più: osservando le diverse sezioni dell'ovaio in questione, si vedevano quà e colà delle cavità di forma irregolare, alcune allungate e strette a guisa di fenditure, altre di forma triangolare.

Nell'interno di alcune di queste cavità si notava un reticolo, il quale per altro non occupava tutta la cavità, ma circoscriveva uno spazio centrale nel quale non ho potuto osservare alcuna sostanza. Nelle maglie del reticolo esistevano delle cellule linfoidi in discreto

Digitized by Google

numero. Al primo esame sospettai che tali cavità potessero essere i residui di un follicolo di Graaf alterato, ma non potendo aver sott'occhio tutte le fasi di questo processo di riduzione e non avendo studi di confronto, non sarei mai giunto a rendermi ragione di esse se non avessi conosciuto più tardi gli studii che ha fatto a questo riguardo il Slavianscki (*Recherches sur la régression des follicules de Graaf chez la femme — Archiv. de physiologie,* 1874).

Egli infatti ha descritto il processo per cui i follicoli di Graaf nelle ovaie non solo di bimbe, ma anche di adulte, malgrado raggiungano un volume considerevole, non si rompono, ma scompaiono; e questo processo fu da lui chiamato Involuzione fisiologica dei follicoli. Il contenuto e le parti del follicolo subirebbero la degenerazione granulosa ed in questa massa granulosa, sono parole dell'Autore, comincierebbero a formarsi delle nuovecellule; quelle che si trovano nelle pareti possono svilupparsi in dipendenza delle cellule del tessuto connettivo, mentre le cellule della cavità provengono probabilmente da cellule migratrici. In questo processo distingue il nostro A. tre stadii che si succederebbero: 1° stadio in cui la cavità è piena di una sostanza granulosa, il 2° di tessuto mucoso, il 3° di tessuto connettivo reticolato. Si è appunto giunto a questo terzo stadio il follicolo che è rappresentato nella fig. 5, della Tav. II, alla lettera *O*.

Da quanto siam venuti dicendo possiamo adunque conchiudere che nell'ovaia della nostra piccola negra gli ovuli andavano maturando, ma che non venivano eliminati dall'ovaio, mancando le cause che favoriscono e promuovono lo scoppio del follicolo di Graaf, e subivano invece un processo di atrofia, chiudendosi la cavità con un tessuto connettivo reticolato.

Digitized by Google

Questa osservazione che sarebbe la prima che vien fatta nella razza negra, verrebbe adunque a conferma di quanto fu già osservato da diversi autori nella nostra razza.

Le particolarità esposte in questa memoria furono presentate insieme a tutti i preparati microscopici che le dimostravano al Congresso di Antropologia tenutosi nello scorso agosto a Parigi, e comunicate dal mio amico D. Bacchi nella Seduta del 27 agosto alla sezione d'Antropologia dell'*Association Française pour l'avancement des sciences*. — Tutti i membri del Congresso, mercè le cure della Presidenza, hanno avuto l'opportunità di poter attentamente esaminare le singole preparazioni.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Tavola I.

In questa tavola sono rappresentate tre sezioni trasversali dell'angolo interno dell'occhio, del Cinocefalo fig. 1, del Cercopiteco fig. 2 e dell'Orang fig. 3. Tutte queste figure come pure quelle della tav. II, furono disegnate con la camera lucida di Nachet ed allo stesso ingrandimento.

Tutte le seguenti lettere corrispondono alle stesse parti. *GH* ghiandola che resta situata subito al davanti della cartilagine del Cercopiteco e del Cinocefalo, e che manca nell'Orang. *PL* piega semilunare la quale si trova diversamente conformata nelle tre specie di scimmie. *CA* Cartilagine della piega semilunare, *H.* Caruncola lacrimale.

Nella fig. 3, la lettera *M* indica il muscolo retto interno che si divide in tre porzioni segnate, col num. 1, quella che va al globo oculare, col n° 2, l'altra che si porta alla base della piega semilunare e col n° 3, quella che andrebbe a finire nel tessuto connettivo della caruncola lacrimale. Nel punto in cui richiama il n° 3, si trova un fascio di fibre muscolari striate, le quali nelle sezioni però superiori ed inferiori, si possono seguire alla loro origine ed alla loro terminazione.

Tavola II.

La fig. 1ª, rappresenta la sezione trasversa di tutto l'angolo interno dell'occhio di un uomo della nostra razza. Si osserva nello spessore della piega semilunare *PL* la cartilagine *CA*, *O* sarebbe la sezione d'un con-

Digitized by Google

dotto lagrimale circondato da fasci di fibre muscolari striati sezionati trasversalmente ed appartenenti al muscolo orbicolare.

La fig. 2ª è la sezione trasversa della cartilagine delle donna negra. Le lettere hanno ancora la stessa significazione ad eccezione della *K*, la quale indica una ghiandola a grappolo che si trova nel tessuto connettivo della caruncola lacrimale e va a versare il suo secreto alla superficie della medesima per mezzo di un canale ben manifesto, con andamento un po' tortuoso.

La fig. 3ª rappresenta una piega semilunare, la quale è costituita da tre rialzi della mucosa, rivolti verso il globo oculare, *K* indica una ghiandola a grappolo che si è riscontrata al disotto della congiuntiva ed all'interno della piega semilunare. In altre sezioni si osserva il condotto escrettore ampio rivestito di epitelio cilindrico che va a sboccare alla parte interna della piega semilunare, come la ghiandola riscontrata nel Cercopiteco e nel Cinocefalo.

La figura 4ª rappresenta altra piega semilunare foggiata diversamente dalla precedente, in *H* vi esisterebbero tre ghiandole di Henle.

La fig. 5ª è la sezione trasversa dell'ovaia sinistra della bimba negra di due anni, ritratta con il medesimo sistema ed ingrandimento delle precedenti figure. Si vede in *E* l'epitelio che riveste l'ovaia mancante in gran parte, in *F* si osserva un follicolo di Graaf in via di sviluppo e che avrebbe il diametro di oltre 1/2 mm. In altre sezioni si vedono altri follicoli più avanzati nel loro sviluppo, e quindi di molto più voluminosi: ma ho voluto ritrarre questa sezione perchè in essa si osserva una cavità *O* chiusa da un reticolo connettivo, la quale rappresenterebbe un follicolo di Graaf atrofico.

RAPPORTO DELLA COMMISSIONE DELLA R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

SUI LAVORI PRESENTATI PEL QUINTO CONCORSO RIBERI

Onorevoli Soci,

La Commissione da voi nominata per esaminare le opere inviate a questa Accademia pel concorso al quinto premio Riberi, avendo coll'aiuto di alcuni di voi finito il suo còmpito, ha dato a me l'incarico di riferirvi il risultato del suo esame. Io, ben conoscendo la pochezza delle mie

Digitized by Google

forze, avrei volontieri rimesso ad altri quest'ufficio, ma l'unanime volere de' miei Colleghi mi decise a sobbarcarmivi. Non so in qual modo risponderò alla fiducia che essi riposero in me; io vi assicuro però che ho fatto del mio meglio per corrispondervi il meno indegnamente.

Le opere presentate a questa Accademia nel triennio 1874-75-76 pel concorso al quinto premio Riberi sono in numero di 11; una però, quella dello Zenna — *Cura della difterite* — come non rispondente al tema da questa Accademia stabilito per l'attuale concorso, venne dalla vostra Commissione posta addirittura in disparte, e per conseguenza le opere ammesse a questo concorso sono ridotte a 10. Queste io passerò in rapida rassegna e vi esporrò il giudizio sulle medesime espresso dalla vostra Commissione, seguendo l'ordine stabilito nell'elenco a stampa che avete sott'occhio.

1° Bouqué E. F. — *Du traitement des fistules urogénitales de la femme par la réunion secondaire.* Gand, 1875.

In questo libro l'Autore ha voluto mostrare che nella terapeutica delle fistole vescico-vaginali restano ancora molte questioni neglette e mal risolte, e che gli antichi procedimenti meritano non solo di essere giudicati con benevolenza, ma eziandio altamente apprezzati, e che è nostro dovere occuparcene col più vivo interesse; e vi è riuscito. Diffatti egli dimostra che le nozioni di anatomia e fisiologia patologiche che finora si hanno sulle fistole vescico-vaginali sono assai scarse, e che perciò il trattamento di queste fistole, quale è instituito oggidì, manca di base razionale. Dimostra con molti fatti raccolti nella letteratura medica, e con pochi da lui osservati, che la cauterizzazione da sola o associata a mezzi unienti non

Digitized by Google

solamente è capace di portare a guarigione le fistole vescico-vaginali, ma eziandio di gareggiare in ciò col metodo della cruentazione e sutura, dando così una solenne smentita a quelli, che come Malgaigne e Dubreuil insegnano esser la cauterizzazione un mezzo di nessuna efficacia nella cura di simile infermità. Questo però è lavoro di semplice compilazione, nel quale il Bouqué senz'aggiungere nulla alla somma delle cognizioni che la scienza possedeva sulle fistole vescico-vaginali all'epoca in cui egli scriveva, ha con ordine e chiarezza riassunto quanto fino allora si conosceva sulla cura di queste fistole colla cauterizzazione sola o associata a mezzi unienti.

Perciò, malgrado che l'Autore abbia in questo libro raggiunto lo scopo che si era prefisso, la vostra Commissione non ha creduto trovarvi pregi sufficienti per giudicarlo degno del premio Riberi.

2° Tillot Doct. Émile — *De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin.* Paris, 1875 (Extrait des *Annales de Gynécologie*).

In questo lavoro, che è una ristampa di una serie d'articoli già pubblicati negli *Annali di Ginecologia* dell'anno 1874, l'Autore cerca dimostrare che le affezioni croniche del sistema uterino si manifestano soltanto in persone affette da malattie diatesiche o clorotiche, ed a sostegno della sua tesi adduce l'autorità di molti scrittori e sole 25 osservazioni cliniche. Sebbene l'Autore alla fine del suo libro dichiari di avere osservato e scritto senza idea preconcetta, cercando la verità, tuttavia si può dire che egli ha piuttosto letto che osservato, e che in ogni caso le sue osservazioni non apportano alcun lume nuovo nel campo della patologia uterina, e che per conseguenza non gli

Digitized by Google

possono meritare il premio per quanto siano utili ed interessanti per chi attende alla terapia dei morbi uterini.

3° Boinet D. A. A. *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement.* Paris, 1877.

Con questo trattato, che è la seconda edizione corretta ed accresciuta di quello pubblicato fin dal 1868, il Boinet si è proposto di far conoscere lo stato attuale della scienza per quanto riguarda l'ovariotomia, la fisiologia e le malattie delle ovaia, non che i diversi trattamenti che loro convengono, e questo scopo egli ha certamente raggiunto. Quanto la letteratura medica antica e moderna contiene relativamente al suo tema; quanto intorno al medesimo egli ha potuto apprendere dalla sua lunga esperienza trovasi con ordine e sano criterio tutto riassunto in questo volume di circa 700 pagine. Le cisti delle ovaia e loro terapia vi sono in modo speciale trattate diffusamente. Chiunque voglia mettersi possibilmente al sicuro da errori di diagnosi in fatti morbosi di tanta importanza, non ha che a leggere prima attentamente il capitolo quinto della presente opera del Boinet. E chiunque desideri conoscere i diversi metodi operativi, che vennero finora esperiti nella cura delle cisti delle ovaia, non ha che a leggere i capitoli 7, 8, 9, 10 e 11, nei quali troverà precisate le indicazioni e controindicazioni dei diversi procedimenti operatorii, minutamente descritti i singoli atti dei medesimi, indicati gli strumenti più adatti, accennate tutte le precauzioni a prendere prima, durante e dopo l'operazione, e riportate le più complete statistiche; solo vi cercherà invano una parola sul catgut fenizzato e sulla medicazione antisettica del Lister, cose che pur sono già state applicate nella ovariotomia con buoni risultati.

Digitized by Google

Chiunque finalmente ami sapere quale condotta abbia a tenere un operatore prudente in presenza di tumori fibrosi periuterini, troverà nel 12° ed ultimo capitolo del libro del Boinet coscienziosamente trattata la questione dell'isterotomia. Insomma si può senza tema di errare asserire che questa opera del Boinet è una delle migliori monografie che al dì d'oggi la letteratura medica possegga sulle affezioni delle ovaia, e se non fosse che in massima parte è lavoro di compilazione, e la parte, che la scienza deve proprio al Boinet, venne già dal medesimo fatta di pubblica ragione in altri scritti, che per causa della loro data non possono più esser presi in considerazione in questo concorso, meriterebbe, a nostro giudizio di essere premiata. La vostra Commissione vi propone di giudicarla degna di menzione onorevole.

4° Demarquay *et* Saint-Vel — *Traité clinique des maladies de l'utérus.* Paris, 1876.

Il Demarquay, chirurgo della casa municipale di sanità di Parigi e membro dell'Accademia di Medicina e della Società di Chirurgia della stessa città, avea concepito la idea di pubblicare insieme col Dott. Saint-Vel un trattato comprendente la patologia intera degli organi sessuali femminei, quando l'inesorabile morte venne a sorprenderlo in tutta l'attività della vita e nel pieno possesso della sua fama chirurgica. Allora Saint-Vel, al quale il Demarquay avea per testamento dato l'incarico di continuare la redazione dell'opera da essi loro ideata, pubblicava il primo volume, di cui già aveano insieme discusso il complesso e le particolarità e stabilito il piano. Questo volume, che comprende le affezioni dell'utero all'infuori dello stato puerperale, è quello che fu presentato al

Digitized by Google

concorso al quinto premio Riberi. — Dire che in questo libro si trovino trattate tutte le affezioni che si possano riscontrare nella matrice fuori dello stato puerperale, sarebbe asserire cosa non rispondente a verità. Chè gli autori. oltre al non far pur parola del difetto completo dell' utero, dell'utero unicorno, dell'utero bicorno, non parlano nè dell'ematometra, nè dell'isteralgia, nè del papilloma, nè del sarcoma, nè dei tumori idatigeni. Però se non ci è permesso dichiarare completo questo trattato, possiamo ben dire che gli argomenti che vi sono svolti, cioè la metrite, i corpi fibrosi dell'utero, i polipi mucosi e sanguigni dell'utero, l' inversione dell'utero. le deviazioni dell' utero, il prolasso dell' utero e la ipertrofia del suo collo, l' atrofia dell' utero, il cancro dell'utero, l'idrometra e la fisometra, le emorragie uterine il vaginismo (capitolo che dovrebbe servire di addentellato fra il primo ed il secondo volume) in generale dimostrano in chi li trattò uomini che conoscono a fondo la materia e per esperienza propria lunga, illuminata, coscienziosa, e per lo studio che ne hanno fatto sulle opere dei nostri predecessori e dei nostri contemporanei. I fatti vi sono sempre dipinti con vivacità ed esattezza; i ragionamenti sobrii e convincenti. L'erudizione è di buona lega, non soverchia, non pesante. Vi si trovano per altro alcune mende. Così p. e., parlando della ipertrofia del collo uterino i nostri autori distinguono solo l'ipertrofia della porzione sottovaginale, e quella della porzione sopravaginale, mentre anatomicamente e clinicamente si può e si deve distinguere l' ipertrofia della porzione vaginale, quella della porzione sopravaginale e quella della porzione media (che è sopravaginale in avanti e vaginale posteriormente), che sono stati morbosi benissimo diagnosticabili e che richiedono processi operatorii diversi.

Digitized by Google

Parlando poi dei compensi terapeutici applicabili nella ipertrofia sopravaginale, essi dicono l'amputazione conoide del collo uterino essere il solo mezzo capace di condurre alla guarigione di sì molesta infermità. Ora chiunque ben consideri i rapporti di questa parte della cervice uterina colla urocisti in avanti e col peritoneo in dietro, rapporti che conserva anche quando si ipertrofizza di tanto da spingere il muso di tinca fuori della vulva, di leggieri capirà che senza mettere in prossimo e gravissimo pericolo la vita della paziente non si può esportare che una ben piccola parte della porzione morbosamente accresciuta del collo, e che perciò non si può sperare di ottenere una guarigione radicale dell'affezione. Se con questa operazione hanno ottenuto qualche buon risultato, non si erra asserendo che in tali casi probabilmente si aveva a fare con ipertrofia della porzione media, nella quale è più conveniente il metodo operativo di Carlo Schröder, di cui i nostri autori non fanno pur menzione; come, trattando dell'amputazione del collo nei casi di ipertrofia della porzione sottovaginale, non dicono verbo nè dell'ansa galvanica, nè dei processi dello Sims e dell'Hegar, e discorrendo della terapia del cancro passano intieramente sotto silenzio il raschiamento e la cauterizzazione col bromo, che mentre danno uguale, se non maggiore, vantaggio che il cloruro di zinco, sono certamente accompagnati da minori pericoli. Queste piccole mende ed omissioni non tolgono, a giudizio della Commissione, che l'opera dei signori Demarquay e Saint-Vel riesca molto istruttiva ed attraente, sovratutto per i pratici che vi troveranno sempre buona copia di fatti ben osservati e savii precetti clinici applicabili alle più svariate contingenze.

Quindi la Commissione non esita a proporvi di conferirle la menzione onorevole.

Digitized by Google

5° HALMALGRAN. — *Etudes pratique sur quelques affections de l'utérus* (manoscritto).

Questo manoscritto del Dott. Halmalgran è scritto con un linguaggio, che non è affatto in armonia colle idee che oggidì dominano in patologia generale e nella patologia dell'utero. Così p. e. parlando della metrite acuta semplice nelle donne che non hanno di recente partorito, dopo aver detto che questa infiammazione può essere parziale o generale, e che la generale fuori dello stato puerperale è rara, mentre frequentissima è la parziale, scrive: « Elle (cioè la metrite parziale) est charactérisée « par une réplétion plus ou moins considérable des vais- « seaux capillaires, le parenchyme utérin est congestionné « par le sang, celui-ci ne peut repasser, sans de grandes « obstacles, dans les veines. Au fur et à mesure que l'in- « flammation augmente, la progression du sang dans les « capillaires se ralentit, et il arrive un moment où tous « les capillaires étant gorgés de sang, celui-ci s'y coagule, « s'y décompose, ou donne naissance à des dégénére- « scences variables ».

Parlando dell'ipertrofia e dell'indurimento del collo dell'utero dice: « L'induration est l'état transitoire entre « l'hypertrophie inflammatoire et les transformations de « différentes espèces qui appartiennent à toutes les dégé- « nérescences cancéreuses ».

A proposito dell'ipertrofia semplice del collo uterino, scrive: « La lymphe se coagulant entre les mailles du « tissu enflammé depuis longtemps, l'induration et tou- « tes ses conséquences doivent se derouler ».

E più avanti dice: « L'ulcération du col peut-elle con- « duire au cancer? Il est difficile de répondre à cette « question, car un grand nombre de femmes ont des

Digitized by Google

« ulcérations du col, sans que la cellule cancereuse s'y « soit développée, et cependant il y en a dont la moindre « excoriation a été suivie de dégénérescence cancéreuse ». Dopo ciò non farà meraviglia che poco più sotto scriva: « L'anatomie pathologique des affections du col a été peu « étudiée ».

A queste citazioni, che si potrebbero moltiplicare, aggiungete ancora che il signor Halmalgran sul trattamento del cancro uterino raccomanda l'applicazione di 10 o 12 cignatte sul collo dell'utero, le cauterizzazioni col nitrato d'argento fuso e in soluzione acquosa o col caustico di Filhos. la cura della fame e i preparati di cicuta e di smilace, ecc., e che con tale terapia egli pretende aver guarito definitivamente ammalate di cancro uterino, e non vi stupirete se la vostra Commissione non ha giudicato il lavoro del dott. Halmalgran meritevole del premio.

6° Amabile Prof. Luigi — *Le fistole vescico-vaginali e la loro cura.* Napoli, 1876.

Questo libro dell'Amabile è una dotta e completa monografia sulle fistole vescico-vaginali, che raccoglie e commenta tutto quanto si è fatto e scritto sovra questo argomento, avendo di mira in particolar modo di mettere in evidenza i lavori italiani. Malgrado gli scritti di Jobert di Lamballe, Marion Sims, Simon e Beigel, si difettava di una completa monografia sovra queste alterazioni, e l'opera dell'Amabile colma con onore della Chirurgia italiana questa lacuna.

La parte storica viene trattata con profonda erudizione e vera maestria, così pure la parte anatomica, forse la anatomo-patologica non è all'altezza dell'argomento, senza che vi siano dissonanze.

Digitized by Google

La nosografia emerge per una ricchezza e vivacità di tinte, che hanno però il difetto di ripetersi di troppo, locchè è inerente allo sviluppo grandioso del lavoro. — La parte eziologica è pure trattata a profonde viste; vi hanno osservazioni speciali che dànno un'impronta originale al lavoro.

La terapeutica pure è descritta con ordine cronologico, con piena e sicura conoscenza della materia, con addizioni e migliorie ingegnose e ben studiate; ma la suprema efficacia di queste peraltro non emerge, ossia i corollari pratici dell'Autore stesso non lasciano travedere che le modificazioni fatte a diversi procedimenti abbiano portato un effetto più salutare di quanto si poteva conseguire con altre risorse. Le modificazioni poi portate all'apparato stromentale non sono tali da cangiare radicalmente il metodo, potranno agevolare la esecuzione, non migliorarla al punto da cangiarle il valore. Ed è a tutti noto che ad inaugurare un nuovo metodo non basta fare alcuna variante od all'apparato stromentale od all'indole e sede del piano operatorio, ma bisogna mutarne il concetto e provare col suffragio di una proficua e ripetuta esperimentazione, che il nuovo piano offre vantaggi significanti sugli altri conosciuti.

Laonde riassumendo possiamo dire che quest'opera dell'Amabile se non arreca nella patologia e terapia delle fistole vescico-vaginali concetti nuovi da lasciare un'orma duratura nella ginecologia, è però la più completa e la più dotta monografia che la scienza al dì d'oggi possegga su questo argomento e che sarà sempre con profitto consultata da tutti gli studiosi. E se non fosse che nell'aggiudicare il premio Riberi l'Accademia ebbe costantemente per principio di aggiudicarlo solo a quelle opere che segnano un avanzamento nella scienza, la vostra Commissione ve lo proporrebbe come degno del premio.

Digitized by Google

Non credendo di poter ciò fare, ve lo propone come meritevole di onorevole menzione.

7° Nonat D. Aug. et Linas A. — *Traité pratique des maladies de l'utérus. de ses annexes et des organes génitaux externes.* Paris, 1874.

Il volume mandato da Nonat e Linas all'Accademia per il concorso al quinto premio Riberi è unico, consta di 1189 pagine, e porta la data del 1871. È la seconda edizione della stessa opera, la quale però non può essere tenuta a calcolo tutta intiera per questo concorso. E ciò perchè della stessa opera, e della stessa edizione vi ha un'altra tiratura divisa in due parti, di cui la prima che comprende 528 pagine, fu pubblicata nel 1869, ed il primo fascicolo della seconda parte, il quale va fino alla pagina 768, vide la luce nel 1872, per cui non resta che il secondo ed ultimo fascicolo, il quale comprende 421 pagine, che essendo stato fatto di pubblica ragione nel 1874, cada nello spazio di tempo stabilito pel presente concorso.

In questo fascicolo si contengono i seguenti argomenti:

Gli ascessi e l'ematocele periuterino;

I tumori dell'ovario;

I tumori fibro-cistici:

La tubercolosi dell'utero ed annessi;

La dismenorrea;

L'amenorrea;

Le metrorragie;

I disturbi funzionali attinenti alle malattie uterine e periuterine;

La impotenza e la sterilità;

Digitized by Google

E in ultimo pone termine all'opera una raccolta di osservazioni cliniche.

Nella trattazione dei sopraindicati argomenti, come del resto in tutto il libro, gli autori si mostrano attenti osservatori e sperimentati clinici, svolgono ampiamente e con chiarezza la sintomatologia, il diagnostico e la terapia delle affezioni di cui si occupano; ma fanno una parte troppo ristretta all'anatomia patologica, dimenticano di parlare di quella varietà di ematocele periuterino che trae origine da neomembrane endoperitoneali, e nella cura si mostrano troppo partigiani del salasso.

Sicchè se si può dire che il libro di Nonat e Linas, sia tale da servire di buona e ragionata guida al pratico, non si può certo trovare che esso faccia progredire d'un passo la ginecologia; e per conseguenza la vostra Commissione non lo reputa degno del premio al quale concorre.

8° De-Stefano Dott. Ottavio — *Cura della metrorragia idiopatica, cioè non puerperale, nè prodotta da vizi organici dell'utero ben definiti* (manoscritto).

Il Dott. Ottavio De-Stefano di Casamarciano, presenta un manoscritto di 60 pagine circa, in cui espone un metodo di cura, che gli riuscì molto felicemente in varii casi di metrorragia idiopatica, che dalla lettura del lavoro si vede essere quella emorragia che è causata e mantenuta dallo stato scorbutico. L'autore incominciò a dubitare sulla natura della malattia al vedere nelle sofferenti alcuni dei segni dello stato scorbutico, ad es. lo stomacace. La certezza l'ottenne dal criterio terapeutico, cioè dal vedere che coll'uso della coclearia in pochi giorni cessava l'emorragia, che egli ritiene essere non una malattia

Digitized by Google

speciale dell'utero, ma sì una manifestazione occasionale locale di un vizio scorbutico.

Ripone l'efficacia della coclearia nell'olio etereo, ed a questo farmaco avrebbe riconosciuto un'altra proprietà, la quale si esplica con un'azione elettiva sull' intestino retto e parti adiacenti, onde tenesmo e diarrea quando si continui nel rimedio oltre 7 od 8 giorni.

È questo uno scritto messo giù alla buona con intera convinzione, come si suole da chi si forma l'opinione nel lungo esercizio della pratica. L'Autore concorre al premio senza aver la pretesa di raggiungerlo. Egli nella sua modestia ha soltanto per iscopo un voto benevolo dell'Accademia, ed una parola di incoraggiamento si può dirla. Egli la merita come colui che travolto nell'esercizio pratico sa pure trovar il tempo per mettere sulla carta i fatti clinici più salienti.

9° De-Cristoforis Dott. Malachia — *Le malattie delle donne* (Manoscritto di pag. 1015),

Il Dott. Malachia De-Cristoforis di Milano ha presentato, assieme all'opera sovraindicata, parecchi altri lavori contenuti in tre volumi intitolati:

1° *Studii e lavori diversi;*

2° *Lezioni sulle malattie delle donne*, del Dott. Carlo West. — Prima versione italiana diretta e corredata di note e aggiunte dal Dott. M. De-Cristoforis;

3° *La trasfusione del sangue.*

Però il solo volume manoscritto sopracitato può essere preso in considerazione per il 5° concorso al premio Riberi, gli altri essendone esclusi o per ragioni di materia o per ragione di tempo.

Digitized by Google

In questo trattato manoscritto delle malattie delle donne per il Dott. M. De-Cristoforis, non si tarda a trovare un merito assai rilevante inquantochè non lo si trova semplice lavoro di compilazione, ma studio appoggiato ad una pratica personale di molti anni, la quale accresce valore a quanto si legge. L'Autore ha sparse nel suo libro non poche osservazioni cliniche tolte dalla sua pratica e riportate a schiarimento di interessanti questioni. Sotto questo aspetto il lavoro del ginecologo di Milano è assai lodevole, quantunque non contenga cose nuove che valgano a trattenere l'attenzione dello studioso per intrinseca importanza. Nè si può ammettere che questo lavoro raggiunga lo scopo al quale è indirizzato. L'Autore ha pensato di pubblicare con esso, primo in Italia, un' *opera complessa* sulle malattie delle donne; un'opera con indirizzo assolutamente clinico, atta ad occupare un angolo della lacuna lasciata in materia dalla letteratura italiana (pag. 2). La donna, secondo l'Autore, attira la nostra attenzione in due grandi momenti della sua vita: la *gestazione*, e le *funzioni materne*; dando materia la prima alla scienza ostetrica, e la seconda alla ginecologia collo studio dei molti stati morbosi degli organi che le suscitano. — Lasciando da parte il giudicare se questa proposizione sia veramente giusta, possiamo tuttavia asserire che gli organi che esercitano le *funzioni materne* non si riducono semplicemente all'utero ed alle ovaie, organi dei quali si è l'Autore unicamente occupato nel suo lavoro. Se avessimo bisogno di provare che effettivamente le malattie delle donne sono numerose ben più che quelle di cui l'Autore si è occupato nel suo libro, ci basterebbe rivolgere un'occhiata alle *Lezioni sulle malattie delle donne* del Dott. Carlo West dallo stesso Dottore De-Cristoforis tradotte e pubblicate fin dall'anno 1868. Egli non ha dunque esposte *le malattie delle donne* come

Digitized by Google

prometteva il titolo dell' opera, e questa non è quindi riuscita opera *complessa*, come era giusto di aspettarsi. Non è riuscita opera tale da costituire un vero trattato di ginecologia *complessa* e capace di soddisfare ai bisogni di chi intenda in Italia applicarsi allo studio ed alla pratica di questa specialità.

Passando poi in esame gli argomenti svolti dall'Autore nella sua opera dobbiamo riconoscere ch'egli vi ha dato prova di possedere dottrina ed esperienza, non che una dose cospicua di criterio pratico. Se non tutte le sue opinioni si possono accettare intorno alle questioni che riguardano la patologia uterina, non si può disconoscere che in generale tali questioni sono esaminate con senno. Non vi mancano però i difetti. Così l'Autore, mentre non ha fatto caso alcuno di tutte le malattie degli organi genitali esterni, mentre non ha che nominata due volte di passaggio la fistola cisto-vaginale, ha scritto un capitolo intero sulla *stipsi*. Egli ha detto che parrà strano ed è nuovo che la stipsi sia inclusa fra gli argomenti che sono trattati in un volume di malattie proprie delle donne (pag. 108): e cerca provare che mentre è raro che l'uomo reclami da noi speciali cure per la stipsi, questa assume nella donna i caratteri di una vera malattia, diventa un vero rompitesta del medico e del ginecologo; è una vera entità morbosa; è dovuta a cause speciali che non si riscontrano nel sesso maschile. L'autore crede essere forse stato il primo che abbia raccolti e descritti sotto forma scientifica i fatti di stipsi nella donna, e dà ragione di ciò dicendo: perchè a chi rivolge i primi passi nello studio delle malattie delle donne non può a meno di riescire la stipsi una difficoltà abbastanza sentita..! Or sebbene talvolta la stipsi possa dipendere da un'eccitazione spasmodica riflessa per condizioni particolari dell'utero, chi vorrà riconoscerla per la donna una entità morbosa diversa da

Digitized by Google

quella che può osservarsi nell'uomo? E notisi che questa eccitazione spasmodica, a detta dello stesso De-Cristoforis, può diventar causa di diarrea. L'Autore poi parlando di questa eccitazione riflessa ha confuso moto centrifugo e moto centripeto (pag. 25). Discorrendo della menstruazione e dei suoi disturbi il Dott. De-Cristoforis stabilisce che: *Il tipo fisiologico della menstruazione è quello per cui fra la cessazione di un periodo e l'apparizione di un altro decorrono 28 giorni completi* (pag. 132). È questa un'inesattezza evidente, essendo noto a tutti che solamente decorrono 27 o 28 giorni tra il primo apparire di un periodo menstruo ed il ritorno di un altro.

Se in quest'opera assieme alle cose buone, ma già conosciute, che vi si contengono, si trovasse qualche importante scoperta, invenzione, idea o proposta, che le desse valore distinto si potrebbe passar sopra agli accennati errori e difetti. Ma le novità che l'Autore ha sparse nel suo libro di ginecologia non sono certo di molta entità.

Così non si può lodare l'Autore per aver classificato la stipsi tra le entità morbose proprie della donna. Non ha di sicuro molta importanza la distinzione di una forma di metrite parenchimatosa della cervice ch'egli ebbe la idea di paragonare al parafimosi. Nè si può dire faccia progredire la ginecologia l'invenzione da lui fatta di una pinzetta a branche scorrenti e destinata a portare una listerella di tela nell'incisione del canale cervicale; la proposta del nuovo metodo e strumento per raddrizzare l'utero, che consiste nell'introdurre nella cavità uterina una sonda elastica flessibile e quindi raddrizzare la sonda e l'utero introducendo nella prima uno stiletto rigido; le modificazioni fatte alla siringa a doppia corrente per le iniezioni intrauterine, e al portacaustico; la proposta del metodo delle *incisioni multiple* per la cura dei corpi fibrosi uterini, che egli preferisce all'enucleazione perchè

Digitized by Google

lascierebbero una superficie suppurante meno estesa ed esporrebbero meno facilmente all'emorragia ed all'infiammazione diffusa.

Perciò, tutto ben considerato, la vostra Commissione non crede che il lavoro del Dott. M. De-Cristoforis abbia pregi sufficienti per meritare il premio Riberi, ma tenuto conto delle numerose osservazioni cliniche che illustrano quest'opera ve lo propone per una menzione onorevole.

10° Lawson Tait. — *Sur les maladies des femmes* (manoscritto).

Il Lawson Tait, che è stato allievo del celebre Sympson ha voluto darci in questo suo scritto un trattato conciso delle malattie proprie della donna, e fornirci una più chiara spiegazione di quelle tra queste affezioni, che sono ancora male comprese. Ora chiunque leggerà questa opera del Lawson Tait non durerà fatica a capire che è frutto di lunga esperienza di un ginecologo abile e con pratica estesa, e che perciò i criterii diagnostici e terapeutici, che vi si trovano espressi, meritano, in generale, di esser presi in seria considerazione. Ma nello stesso tempo non isfuggirà a nessuno che la concisione non di rado nuoce alla chiarezza, che in molti punti la trattazione procede poco ordinata, che l'anatomia patologica vi è un po' troppo trascurata, che non tutte le malattie proprie della donna vi sono descritte, e che le spiegazioni nuove, che di alcuni processi morbosi cerca dare l'Autore, non sono tutte accettabili. Così p. es., sarà difficile che trovi seguaci l'opinione che l'Autore esprime a proposito dell'amenorrea e dismenorrea, che egli dice *costantemente* legate ad un insufficiente sviluppo dell'utero e degli organi annessi. Come pur pochi saranno disposti a passargli per

Digitized by Google

buono il modo con cui egli cerca di spiegare l'origine di alcune delle membrane espulse dall'utero nella così detta dismenorrea, o, come vuol egli, endometrite membranacea, ammettendo che sieno il prodottto di *gravidanze sterili*, cioè dovute all'assenza completa di fertilità in uno dei coniugi, e più probabilmente nel maschio. Nè vi sarà alcuno che prenda sul serio quello che egli dice sull'origine dei miomi uterini, che fa nascere da una arteriola irritata e da' suoi rami.

Per queste non poche mende, che l'opera del Lawson Tait presenta, la vostra Commissione, malgrado riconosca potere quest'opera riuscire di qualche vantaggio al medico pratico, tuttavia non la crede meritevole di premio.

Onorevoli Soci,

Da quanto son venuto leggendo avete inteso come la vostra Commissione non abbia trovato in alcuna delle opere presentate pel quinto concorso Riberi titoli sufficienti per crederla degna di premio; come in quattro però, che sono quella del Dott. A. A. Boinet, quella del Demarquay e Saint-Vel, quella del Prof. L. Amabile e quella del Dott. M. De Cristoforis ve ne abbia scoperto abbastanza per dichiararle meritevoli di una menzione onorevole. Anzi se non fosse volontà espressa del testatore che il premio sia indivisibile, volontieri la vostra Commissione vi avrebbe proposto di darne una parte a ciascuno degli autori di queste quattro opere.

Ecco, onorevoli Soci, il giudizio a cui è giunta la vostra Commissione dopo maturo esame. A voi ora di ratificarlo, modificarlo col vostro autorevole ed imparziale voto.

Bruno *Presid.* — D. Tibone — Perassi — D. Berruti — Gamba — Giacomini.

Relatore Dott. G. Novaro.

Digitized by Google

ANGELO CAMILLO MAFFONI

Commemorazione del Socio dottore **Gioachino Valerio**

letta nella seduta dell'8 novembre 1878.

(Continuazione e fine, v. pag. 480, n. 15).

V.

Chiuse le pagine della fisiologia, il candidato nella sua dissertazione toglie il secondo argomento dalla patologia, e tratta *de animi affectibus*, e fa suo il concetto di Orazio:

« *Lætus in præsens animus, quod ultra est*
« *Oderit curare, et amara lento*
« *Temperet risu: Nihil est ab omni*
« *Parte beatum* ».

Quivi accosto al medico pratico s'intravede tra le ombre e le nubi il filosofo, colui che scevera nell'uomo le passioni che turbano la vita, lo intristiscono nell'errore e lo conducono al disinganno e talvolta al delitto, e colui, che addita gli affetti che a virtù lo consigliano, e gli tracciano il cammino a felicità. Epperò tutti gli umani affetti qui son fatti manifesti. Questo scritto arieggia, se vuolsi, il bellissimo libro del Broussais, l'*hygiène morale des passions*, se non che questo più elegante nella forma, è sostanzialmente inferiore al concetto del medico italiano, il quale sdegnoso, direi, di conquistar plauso, intende

Digitized by Google

solo con animo volente di giovare al miglioramento della civile società. Il Maffoni tutto pratico si curva sulla culla del bambino, ne studia gli istinti, e — quantunque ignoto in tutta la sua vita alla gioia intima della famiglia — si fa amorevolmente a raccoglierne i primi palpiti, le prime aspirazioni ed i primi moti dell'animo coll'avvedutezza delle tenere madri, le quali in tutto il ministero di medico tenne consultatrici opportune; nota le tendenze che nell'esordire della vita si devono reprimere, e quelle che devono essere accarezzate, perchè non degenerino in vizi coll'età spesso indomabili, e si svolgano anzi in lodevoli germi di virtù, di salute e di gloria.

In questi avvedimenti, appena accennati, noi dobbiamo finora cercare l'origine di quel suo utilissimo trattatello, che indi a poco tempo dopo l'Aggregazione dettò col titolo: *Igiene dei bambini*, e che gli procurò fama di medico distinto nelle malattie infantili, edito in numerosi articoli nelle *Letture popolari* e nelle *Letture di famiglia* (1).

Nel progressivo svolgimento del suo tema, l'autore indaga con occhio di lince la gioia, i turbini e le commozioni, che la vita fanno or lieta, or triste. Spiega la ragione di quei perturbamenti fisici e morali: dà un consiglio, una direzione. — Giovane ancora, eppur

(1) Questa pubblicazione ebdomadaria venne per le stampe in Torino nell'incominciamento del 1837, ed ebbe 11 anni di vita, fu due volte soppressa dall'aspro e diffidente governo di quei tempi; ebbe a direttore Lorenzo Valerio ed a collaboratori i più distinti cittadini d'Italia. Lo dico con orgoglio e con coscienza, quel monitore popolare è pur sempre un beneficio reso in tempi difficili al suo paese dal compianto mio fratello.

Digitized by Google

tanto assennato e previdente! — Voi trovate nel suo libro ora un verso di Tibullo, di Virgilio, o di Marziale, ora del Tasso, o di Shkakespear, ora una sentenza di Cicerone, seguìta da altra di Montesquieu o di Zimmerman. Così, ad esempio, dell'*Amore* parlando, come del primo fra gli umani affetti, si piace a ricordare i pietosi lamenti della *Francesca da Rimini*, cantati dall'Alighieri, che ovunque lo si trovi è sempre ospite gradito ed opportuno. Non lo pensate forse anche voi, onorevoli Colleghi? È questo non ultimo merito del nostro scrittore: di tal maniera fa più spiccato il suo pensiero, e disvela ad un tempo col clinico sagace l'animo educato al culto delle umane lettere. Non è infatti gentil cosa l'olezzo di quei fiori, il quale s'intromette a quando in quando tra le più gravi escogitazioni della scienza? Così adoperarono Haller e Redi e n'ebbero plauso.

Gran mercè però che queste pagine sull'amore, perchè scritte in lingua latina, sieno chiuse alle giovinette che all'amore confidano le più floride speranze, perocchè non leggeranno le tristi conseguenze quando quest'affetto od intemperante o disilluso, schiavo ai sensi e non governato dal sentimento, degenera in vizio morboso! « Allora — qui traduco le parole dell'autore — il pallore, gli occhi incavati, le palpitazioni, i polsi vacillanti, la proclività alle emorragie, il dolore alla regione ipogastica, la tristezza, la macilenza, l'ira, ora la superbia e la vanità, ora la somma prostrazione e l'avvilimento, ora l'obblio della propria conservazione, dell'affetto dei parenti, dei consanguinei, il criterio turbato, l'immaginazione esaltata, la memoria sviata su tutte quelle cose, che alla prepotente passione non mettono capo, guasto l'intelletto ed il temperamento, l'ingegno di vivace si

Digitized by Google

fa torpido, di torpido si fa morbosamente gagliardo, ove nol temperino il raziocinio e la dignità, la filosofia e la religione ». Nè qui ristà il grave censore, ma parla di tabe, di febbri nervose, di convulsioni, di epilessia, di macie, di omicidio e di suicidio. Ecco la patologia dell'amore.

Dall'amore discorre agli altri affetti dell'animo, non meno sottile indagatore. Così dice dell'*Amicizia* con Cicerone, l'*Ambizione* addita quando a retta onoranza dispone, e quella condanna che effrenata traccia la via all'invidia, all'odio, alla simulazione ed alla crudeltà. La fotografia dell'*Avarizia* mette ribrezzo pei guasti che dimostra nell'organismo di chi è preso alla strozza da quest'insano cronico morbo. Il *Desiderio* e la *Speranza* presenta come affetti dell'animo, donde l'uomo può trarre ragione di conforto e di felicità. Egli trova infatti in Lorenzo Pignotti un concetto, che al suo consuona:

« Di speme e di desio l'uom si nutrisce
« Ed ogni cor per legge di natura
« Senza questi due stimoli languisce.

E qui allora s'avvicendano, ora volte al bene, ora al mal converse le altre passioni, che nell'animo umano germogliano a seconda degli istinti e del temperamento, e vi si potrebbe aggiungere a norma dell'educazione fisica e morale. Così l'*Emulazione*, l'*Invidia*, l'*Odio*, la *Gelosia* di violenti crimini spesso consigliera: e fra queste la *Letizia*, l'*Esaltazione* ed il *Gaudio*, che lo scrittore dice *vitae flores*, inquantochè fanno l'esistenza nostra, nei limiti assegnati, obbliosa dei terreni affanni. Non però accetta il Maffoni la sentenza del Verri, essere cioè il piacere

Digitized by Google

null'altro che la cessazione del dolore, perocchè nota come talvolta la gioia uccida, e rammenta Soffocle nella sua vecchiaia subitamente spento per essere stato per l'ultima sua tragedia di corona onorato, e ricorda con questo i fatti storici di Fillipide artista drammatico, di Chilone lacedemone, delle due matrone romane morte nello abbracciare i figli pianti estinti; ed altri aggiunge di Thalna, di Zeusi, ed altri ancora che l'antica storia greca e romana iscrisse nei suoi annali.

Mi limito a citare, oltre gli accennati patemi d'animo il *Timore*, la *Paura*, il *Pudore*, l'*Ira*, lo *Sdegno*, la *Tristezza*, il *Rammarico*, il *Morso della coscienza*, la *Disperazione*, ed ultimo la *Nostalgia*, che egli ci dipinge nell'esule con questi bellissimi versi, tolti dall'*Antologia* del Guerrazzi, pubblicata in Livorno nel 1827.

« Se per l'Alpe ei corse infante
« Dove s'erpichi la pecora,
« Ove balzi il capriol,
« Il lor belo saltellante
« Ha dolcezza melanconica,
« Se l'ascolta in altro suol.

« Una selva, un suon di vento,
« Un sepolcro, un rito, un cantico,
« Un castello, un casolar,
« Una voce, un portamento
« Di quegli anni la memoria
« Bastan spesso a richiamar.

Digitized by Google

VI.

Il Brenner nei suoi volumi di medicina pratica parlando dell'ipocondria, ci lasciò scritto: *Magnus mihi erit Apollo qui hypocondriacum ad sanitatem reduxerit.* Il Fleming ed altri clinici convennero nella stessa sentenza. Il Maffoni trasse da questa malattia l'argomento del terzo tema di medicina teorico-pratica, di cui si compone la sua dissertazione. Egli ammette essere l'ipocondriasi *teterimus et dirissimus morbus*, ne tesse la storia, raccoglie il giudicio dei medici antichi e moderni, e poi coraggiosamente s'attenta di allontanarne i pericoli e diminuirne i danni; con Giuseppe Frank distingue quel morbo dall'isterismo, con Carlo Botta dalla dispepsia (1).

Se non che il Maffoni raccogliendo sagacemente i consigli dei Sommi che lo precedettero nella cura di quest'ibrida malattia, la quale intristisce il malato e travaglia il medico, consiglia non solo a pazienza, ma

(1) Con alta compiacenza qui ricordiamo come l'illustre scrittore della Storia d'Italia fu aggregato anch'egli al Collegio Medico dell' Ateneo Torinese, pigliando ad argomento nelle sue tesi: *Dell'influenza della musica su alcune malattie, – dell'ipocondriasi, e della sua cura, – del calore animale, del cervello, – delle mutazioni prodotte nella specie umana – e della azione dei climi* (Vedi il libro: *Carolus Botta a Sancto Georgio in Canepitio ut in amplis. medicorum Collegium cooptaretur publice disputabat* in Regio Taurinensi Liceo anno MDCCLXXXIX, die III decembris, hora IX matutina. Taurini, ex Typis Regiis).

E perchè dimenticheremo qui il graziosissimo libriccino che in riguardo a questo egregio italiano e collega pubblicava in Firenze il Barbera nel 1877, col titolo: *Vita privata di Carlo Botta, ragguagli domestici ed anedottici raccolti dal suo maggior figlio Scipione?* È una scrittura codesta che onora grandemente il padre ed il figlio.

Digitized by Google

a carità del prossimo. Egli ci accompagna alla camera dell' ipocondriaco, addita il modo d' interrogarlo, e segna il vario metodo di cura, che domanda ai sussidi della filosofia e della materia medica ad un tempo; questa in special guisa da quella corretta, dirò meglio, velata, sicchè il malato torni a miglior condizione di salute, quasi inconscio dell'opera del clinico. Knips, Macope e Redi nel concetto non pensavano altrimente, ma nell'adoperare i mezzi il clinico torinese si mostra, a mio avviso, più esplicito, più umano, meglio previdente.

Nel rendere conto, Onorevoli Colleghi, di questi giovanili lavori scientifici del dottore Maffoni, mi sono forse intrattenuto più che l'indole di questo scritto, destinato a brevi cenni sulla vita di lui, il comportasse; ma due sono le ragioni, che a ciò fare mi persuasero. In questo saggio, meglio che in ogni altro suo dettato, appare più perspicuo il criterio delle sue dottrine. Havvi un' altra considerazione ancora; il rammentare queste pagine, sulle quali corsero tanti anni, e che gli schiusero prime la via a quella carriera, ond'ebbe così meritata fama, non era forse per noi un doveroso omaggio sulla sua tomba, del quale il suo spirito, memore della terra, doveva compiacersi anche in più superna sfera? E non disse il Pellico, che infelice non è chi muore, se può, guardando il passato, trovare alcun'orma di opere degne e laudabili? In queste dissertazioni io intravedo il germe di quella scienza, di quella filosofia e di quella nobiltà di sentire, che informò poi tutta la vita del nostro compianto Collega.

E questi presagi non mentirono. Dal dì che si mise a studio di medicina, fu tutto in questo, nella teoria e specialmente nella pratica. Se a taluni nell'esercizio

Digitized by Google

civile e medico parve un po' *burbero* nelle forme, per quanti ebbero dimestichezza con lui era il *burbero benefico;* le sue ciglia, è vero, erano talvolta aggrottate, ma il suo occhio era sempre limpido ed attraente; la fermezza del carattere e l'onestà dell'animo erano in lui schietti metalli senza amalgama; della patria amante, non per sè, ma per il bene di tutti; intemperante ne' suoi giudizi giammai, nè simulatore, nè timido, nè codardo; dava talvolta in breve ira senza odio; dispregiava altamente i vantatori, i millantatori ed i ciarlatani di ogni conio; gradiva le lodi dei buoni, non curando quelle del volgo; al solo lavoro assiduo domandò le gioie della sua vita e n'ebbe favore e rimunerazione nella stima dei suoi concittadini.

VII.

Giuseppe Pomba, l'editore tanto benemerito della pubblica coltura in Piemonte, quando ideò la grandiosa sua Enciclopedia popolare, — che in amplissimi volumi mise a stampa nel 1841, e riprodusse indi a pochi anni in seconda edizione ampliata — volle al dottore Maffoni affidata la rilevante parte, che riguarda la scienza medica nei suoi rami diversi; di questo lavoro elaborato e dottissimo n'ebbero merito e plauso l'autore e l'editore. I temi qui trattati non sono una sterile compilazione di autori, ancorchè preclari, ma sibbene un'opera conscienziosa, che s'ispirava all' ultima parola della scienza, manifestata con castigatezza di lingua, con semplicità di stile e con

Digitized by Google

chiarezza di concetto, quale si conveniva perchè fosse giovevole al medico, ed a chi in altra condizione vuol sapere dell'umano organismo per governare opportunamente la propria salute e l'educazione fisica, dei figli.

Altri scritti medici del Maffoni noi troviamo ancora pubblicati nel Giornale della R. Accademia medico-chirurgica di Torino, prima letti e discussi, come taluni di voi ricordano, nei convegni settimanali di questo Areopago scientifico. Voi tutti non ignorate come il Dott. Maffoni fosse uno dei fondatori dell'Accademia istituita nel 1833, ove sedette collaboratore assiduo fino al 21 dicembre 1860, quando separandosene, per poter forse attendere con maggior agio all'esercizio clinico, fu iscritto per voto unanime a Socio onorario. Ricorderò alcuni di questi scritti:

Sul sistema frenologico 1836
Patologia dell'idrope 1836
Sulla neurosi in genere 1838
Gastralgia e correa 1838
Storia di grave affezione cerebrale 1843
Costituzione epidemica torinese 1848
Sull'istruzione pubblica 1848
Rapporto sull'epidemia dominante nei villaggi circondanti la città di Aosta 1848

Questi scritti, che l'illustre Riberi al suo tempo avrebbe intitolati le mie *Opere minori*, per significare che le opere sue *maggiori* si dovevano domandare alla guarigione dei suoi malati, nell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni, sono riprova, per l'argomento istesso, del

Digitized by Google

come l'esercizio pratico della Medicina fosse pel Maffoni la sua suprema cura.

Una memoria di maggior lena dettò il Maffoni nel 1841 *sul tifo e sulla causa essenziale dello stato tifoideo*, che fu accolta con molta stima presso i medici contemporanei, e che si può ancor oggigiorno riguardare qual testimonianza del suo coscienzioso ingegno nella trattazione di argomenti o punti dottrinali, che egli prescieglieva al fine di raffermare con via sicura ed illuminata il criterio sui medesimi, e di camminare con piè fermo nelle pratiche eventualità che gli si paravano.

In questa memoria più che ligio all'autorità dei nomi ed alle seducenti teorie dominanti nella scienza, si addimostrò accurato indagatore delle cause, dei sintomi e degli effetti terapeutici, che si manifestano all'attento osservatore. Tenendo però conto dei pensamenti degli antichi e delle opinioni dei classici contemporanei, non esitò di sciogliersi dai ceppi della patologia dicotomica della scuola Rasoriana, e più specialmente da quelle del Tommasini, in allora imperatore nella medica scienza, il quale nel tifo e nelle sue forme sentenziava per costante efficienza essenziale riconoscere l'infiammazione, come il Broussais proclamava in Francia, non altrimenti concepirsi che nella prediletta sua irritazione.

La parte rappresentata a quel tempo dal Maffoni era ardita e coraggiosa, dappoichè doveva aspettarsi una lotta coll'ancora vivente Tommasini, il celeberrimo clinico di Parma, il quale era però già costretto a fare le ultime armi in sostegno della sua vacillante nuova dottrina medica italiana. — La lotta venne diffatti da tanto mastro di guerra; il Maffoni la sostenne vittoriosamente, riconfermando novellamente

Digitized by Google

le sue conclusioni che si possono in brevi parole così riassumere:

1° La forma tifoidea rappresenta costantemente una stessa condizione morbosa, sotto qualunque circostanza si manifesti;

2° Questa condizione non è flogistica, perchè non dimostrata dalle cause, dai sintomi, dall'anastesia patologica, dal decorso della malattia, nè della varia terapeia;

3° L'essenza della malattia si deve riporre nei centri nervosi e nel sangue, in quelli se non sempre reperibile, almeno razionale; in questo per molte prove innegabili; ed in entrambe anche a seguito di una impressione od assorbimento di un principio deleterio.

VIII.

Sono trascorsi ben molti anni dal dì che per generosa beneficenza del Conte Luigi Franchi di Pont e della M^sa^ Camilla Romagnano Provana, entrambi protettori degli Asili infantili, appena allora dischiusi, si aprì in Torino la prima volta un Ospedaletto per i bambini poveri. In quella circostanza il Dottore Maffoni fu invitato ad associarsi al Dott. Valerio per prestare a turno trimestrale le cure gratuite, a quei cari piccini malati. A quel tempo l'assistenza chirurgica era affidata, nei tre primi anni, al Dottore Mustone, quegl'istesso che nell'età di 84 anni ebbe così triste e lagrimevole morte per la mano di un truce assassino la notte dell'8 ora scorso settembre, nella propria casa n° 14, via Lagrange; da quel pietoso ufficio si ritrasse

Digitized by Google

poi egli stesso per imperiose contingenze. Il nome e la fama del Maffoni — lo assevero con coscienza — furono molta parte nell'avviamento e nel successo di quel novello ospizio di carità infantile. Il conte Franchi, uomo assegnato, dotto e sagacissimo, statuì il Regolamento, e l'ordinamento per quel che riguarda la distribuzione, il vitto, il servizio ed i medicinali. La Marchesa Romagnano, affettuosissima, vigile e previdente accudiva a quelle cose che meglio a donna convengono. I medici compivano il loro dovere. L'Ospedaletto della via dei Pescatori fu benedetto nel cuore delle povere madri di famiglia ed ebbe plauso in tutti i cittadini; tant'è che dopo alcuni anni, trovato il locale troppo ristretto fu trasportato in più ampio caseggiato, ed in aere più salubre, nella casa Quartero, viale dei platani, ora Corso Vittorio Emanuele. Di là dopo un lasso di tempo mutò ancora sede, e prese stanza in più largo sito nel sobborgo di San Donato.

L'egregio dottore Casimiro Sperino, in allora reduce dai suoi severi studi in Parigi, aveva aperto in Torino un dispensario oftalmico ed a lui aggiungevasi più tardi come assistente il Dottore Alberto Gamba. Indi a poco lo stesso Sperino, già associato ai medici dell'Ospedaletto infantile come chirurgo, erigeva in proprio una casa di salute nello stesso Borgo di S. Donato. Si fu allora che mutate le condizioni economiche e finanziarie dell' antico Ospedaletto, i quattro medici, compreso il Dott. Gamba, si unirono in consiglio e su

Digitized by Google

nuove basi pattuirono la riunione dell'Ospedaletto col Dispensario oftalmico, creando l'attuale Ospedale Oftalmico Infantile. Si costituì una Commissione con un Presidente, il Marchese Gustavo Cavour, e 5 Direttori da eleggersi per scrutinio e sottoposti a rielezione, ritenendo i quattro medici a fondatori e direttori inamovibili. Il Dott. Gamba fu scelto a segretario generale, il Canonico Duprè, che si può ricordare come il benemerito di quella finanza, ad economo; allora per soscrizioni ed elargizioni pubbliche e private fu innalzato il sontuoso edifizio che pigliò e serba tuttora il nome di *Ospedale Oftalmico Infantile* che è pur sempre una splendida corona della beneficenza torinese. Attualmente il Comm. Prof. Sperino è il presidente della Direzione dell'Ospedale ed il Cav. Prof. Reymond professore di oculistica è ad un tempo il direttore della Clinica Oftalmica, coi due assistenti, i Dottori Felice Sperino e Giuseppe Albertotti, entrambi figli di medici, ed eredi entrambi della sapienza paterna. Poteva io dimenticare l'opera del Maffoni nella storia di questo passato e non doveva io vincere la ripugnanza di annettervi il mio nome, quando la narrazione del fatto il comandava, per essere schietto espositore, tanto più ch'era per me onesto e doveroso il far testimonianza di quel che il nostro pregiato Collega oprò per la fondazione e per la buona riuscita del pietoso Istituto?

Il nome del Maffoni era per verità rispettatissimo nella grande maggioranza delle famiglie più notevoli

Digitized by Google

torinesi. Lo era pure presso i clinici più acclamati; il Riberi, il Tarella, il Cantù, il Giuseppe Giacinto Rizzetti, il Bellingeri, il Bertini ed il Carmagnola, i quali nei giorni più fiorenti del Maffoni tenevano con lui il primato fra gli esercenti nella capitale, lo volevano spesso a consulto nei casi più gravi, e ne pregiavano sempre gli avveduti consigli ed i saggi intendimenti. È doloroso però il pensare che tutti questi insigni, a cui accenno, in così breve lasso di tempo sono tutti dipartiti per quella via che non ha ritorno!

In questi anni corsero i giorni più belli e felici pel nostro pregiato Collega. Consolato dall'affetto ricambiato dell'ottima madre, agiato per gli onorati compensi della sua professione, forte nella salute, ordinatissimo nelle consuetudini del vivere, desioso di scienza e nella scienza cospicuo, era chiamato a clinico dell'Istituto delle suore di S. Giuseppe, una delle migliori case di educazione per le fanciulle di civil condizione; per voto d'elezione invitato a sedere nel Consiglio Municipale, ivi lasciò ricordanza benevola di sè pel riordinamento del Servizio sanitario dei medici delle parrocchie, avendo egli migliorato le condizioni dei clinici e dei poveri, ed istituito nella città d'accordo col consigliere e collega, il compianto Dott. Egidio Rignon, le pubbliche vaccinazioni, le quali seppero mantenere la benefica linfa nella stagione di primavera valendosi sempre dei fanciulli i più sani e robusti, che si presentavano ai pubblici innesti. Ricorderò ancora i saggi provvedimenti come Consigliere nell'Ammi-

Digitized by Google

nistrazione della Maternità invocati col Dottor Giambattista Rossi, di sempre preziosa memoria, in favore dei poveri bimbi, stremati nella vita per la troppo precoce, improvvida vaccinazione, i quali provvedimenti furono col tempo sempre più dimostrati opportuni e necessarii.

Tutto sorrideva allora attorno a lui e si prevedeva una lunga e fortunata esistenza.

. . . . . Oh tardo
Nostro consiglio, oh degli eventi umani
Antiveder bugiardo.

IX.

Percorrendo un dì il Maffoni i pittoreschi dintorni della vallata di Susa, ove il padre suo, già consigliere di Prefettura, gli aveva procurato amici e clienti, trasse per diporto al soggiorno alpestre, abbandonato dagli antichi monaci, abati e signori della Novalesa; meravigliò all'aspetto di quel sito imponente e magnifico; si piacque alla sua giacitura, alla sua mole ed alle sue adiacenze; trovò salubre l'aere, le acque fresche, limpide e perenni, fiorente la vegetazione, ombrosi i viali e facile il tragitto da Susa. Colse istantaneo il desìo di far suo l'antico convento e di mutarlo in casa di salute, allora disse fra sè: Sarà questo un beneficio alle buone madri di famiglia, i cui figli trag-

Digitized by Google

gono in città una vita stentata ed imbozzacchita, o per vizio di nascimento, o per denutrizione o per difficile convalescenza. Sarà pur anco questa villeggiatura, solitaria e tranquilla, un ben di Dio per quelle persone affaticate e stanche che alla natura ed ai monti quel riposo e quel benessere domandano, che mal si cerca nei vertiginosi convegni dello elegante vivere civile. Oh sì, farò mia questa Novalesa (1).

E qui di pensiero in pensiero trascorrendo, si sovvenne dei versi del Parini:

« Passano i giorni rapidi
« Del breve viver mio
« E giunta in sul pendio
« Precipita l'età.

E gli sorrise, come un sogno dorato, il creare in quella geniale solitudine la casa dei suoi anni senili colla madre, che non sapeva mai disgiungere dal suo cuore, con pochi amici, con alcuni libri e colle memorie del suo onesto passato. Quello fu il suo primo ed ultimo disinganno.

Taluni fra i suoi intimi, a mezza voce, — non era facile al Maffoni parlare altrimenti, — gli susurravano chetamente, che quella non era impresa opportuna per lui, come quegli che medico eminentemente pratico, mal potrebbe tutto ad un tratto trasformarsi in

(1) Chi desiderasse su questo amenissimo sito ampi particolari, può consultare il libro, che col titolo *La Novalesa, antica Abbazia, novella casa di salute* pubblicai nel 1866 coi tipi degli eredi Botta in Torino.

Digitized by Google

uomo d'affari. Quelle voci non furono ascoltate; si strinse il patto, la Novalesa fu sua.

Egli non pose tempo in mezzo; provvide l'edificio degli arredi e degli utensili necessari; compose i varii appartamenti, ed annunciò al pubblico colle stampe *la novella Casa di salute.* Nei primi anni quel soggiorno fu un eden per lui, un conforto pei numerosi accorrenti. Aveva seco al governo della vasta magione una sua antica parente, assegnata, sagace nelle faccende domestiche, gentile nei modi. Quella donna indi a brevi anni morì repentinamente con grande rammarico del proprietario, il quale non fu tardo ad accorgersi come la forza della volontà fosse impari a sostenere l'urto dei contrasti impreveduti. Altre traversie diverse s'aggiunsero poi, altri errori, altri disinganni. Smise il primo ordinamento, mutò regime, ma i sogni della tranquilla stanza della sua vecchiaia svanivano: s'intristì. Allora comprese che altri più destro, più abile, più diffidente, avrebbe potuto con tanta bellezza e dovizia di sito fare quel meglio che a lui non era concesso; nullameno perdurò nel proposito, e preparò a sè il primo germe di quel malore che doveva, in non lontano avvenire, essergli fatale.

In questo volgere di cose una più grave sventura gl'incolse; qui apro una pagina, che nel dolore onora grandemente il Maffoni, e che dimostra ad evidenza l'ottimo suo cuore e la somma sua pietà figliale. La vecchia sua madre che fu in ogni tempo l'oggetto

Digitized by Google

delle più tenere sue cure, che era per lui tutta la famiglia, che lo consolava del suo sorriso, che gli rendeva agevole e gradito il lavoro, che era insomma la face, che illuminava di luce benigna il deserto della sua casa, s'estinse per improvviso malore. Era quella eletta creatura nei suoi 89 anni; ma chi conta gli anni della madre? Il figlio rientrando dal cotidiano travaglio del medico si trovò dinnanzi ad un cadavere. — Non pianse, chè il pianto gli piombò sul cuore. Questi cupi, assideranti strazii dell'anima chi ebbe a provare, sa che il solo tempo, il gran medico degli umani infortuni, può lenire, ma essi lasciano non pertanto nell'imo del cuore una ferita che non rimargina più mai. Il Maffoni d'allora in poi, già triste, divenne più triste ancora, mal cercando con apparente velo di serenità di occultare un dolore, per cui non accettava condoglianza, volendo solo colla sua indomita fermezza sostenerne il peso.

Ma intanto tacquero in lui gli arguti motti epigrammatici, le facili rime (1), gli opportuni aneddoti ed i fidenti eloqui, che nell'ora del convegno serale

(1) Il dottore Maffoni si compiaceva talvolta di scrivere versi, quando l'opportunità di farlo il consigliava. Non dirò per questo che egli fosse poeta. Sembra piuttosto che avesse fatto suo il consiglio, che il Baretti dava nelle sue stupende lettere al nipote di scrivere quando in quando versi, non per essere poeta, ma per dare alle sue prose maggior eleganza, concisione ed armonia. È però vero che nelle rime manoscritte conservateci dal Maffoni in ampio volume, tracciato prima del padre suo, troviamo graziose poesie le più dedicate alla madre, ai fratelli ed ai

Digitized by Google

nella farmacia del suo caro Muratore talvolta allegravano i pochi amici ivi raccolti, il dott. Discalzo, il comm. avv. Giordano, di cui lamentiamo oggi la dolorosa perdita, il prof. Fissore, i Dottori Catella e Vignolo e pochi altri. Si notavano tardi i movimenti del corpo, l'incesso pesante, come chi cammina col calzar di piombo ed il respiro affannoso; i suoi amici dicevano sommessi: — Maffoni non è più quello. — Ed egli lottava, coraggiosamente lottava contro una

parenti, ed in mezzo a queste, che, direi, la poesia della famiglia, si trovano pure argomenti letterarii, politici e filosofici. Così ad esempio: *Ovidio in esilio; La peste di Milano; All'Italia; La vita futura; L'uomo; Al conte Luigi Franchi di Pont*, ed altre, oltre alcune traduzioni dal tedesco e dall'inglese. Non so trattenermi dal riprodurre qui l'ultimo suo sonetto, letto ad alcuni amici che festeggiavano il suo settantunesimo onomastico.

« Giunto sul fin di mia mortal carriera,
Dolce è vedervi in questo lieto giorno
Assisi meco a parca mensa attorno
A festeggiar del viver mio la sera.

Se poi ottenni nell'angusta sfera
In che fui posto, di fuggir lo scorno
E gli urti della sorte aspra e severa,
Ringrazio il Nume a cui farò ritorno.

Voi poi ringrazio e tutti gli altri amici
Che sopportaste i miei difetti e tante
Mie debolezze, di cui ben m'accorgo.

Così possa io sotto benigni auspici
Andar incontro a quel supremo istante
Che con fermezza avvicinarsi scorgo! »

Digitized by Google

crisi che lenta s'ordiva, preoccupato sempre della salute altrui, non curante della propria.

La sera del 5 giugno egli usciva dalla casa P... pregiata famiglia torinese, ove si era recato a consulto cogli egregi Professori Bruno e Sperino pel capo della medesima. Era il Maffoni in tale stato di sofferenza che l'infermo ebbe a dire: — il mio medico è assai più malato di me. — Fu ricondotto alla propria abitazione in vettura, della quale da tempo non usciva più. Egli stesso avvertiva una febbre gagliarda, la respirazione dispnoica con violenti accessi di tosse; espettorazione saguigna; sensazione di dolore alla base del costato sinistro; tutti i sintomi infine che disvelavano una polmonite. Per sentimento di delicatezza, spinto all'ultimo grado, avvezzo sempre a non ricorrere ad altri in ciò che credeva poter fare da sè per non recare incomodi, e nella speranza fors'anco che una cura energica avrebbe domato il male in pochi giorni, siccome in casi consimili egli medico aveva osservato, senza chiedere consiglio ad alcun collega, chiamò a sè il flebotomo, e volle che gli fosse aperta la vena alla piegatura del braccio, e nello stesso tempo applicate sulle parti dolenti le carte senapizzate. Se non che l'agitazione febbrile, e gli accessi della tosse, sempre più irrompenti, lo costrinsero a sollevarsi dal letto. Si fu allora che sorvenne tal fatto, per cui la sua vita corse gravissimo pericolo la notte istessa. Si riapriva, inavvertito, il coagolo sanguigno, che chiudeva l'apertura della

Digitized by Google

vena, ed il sangue sgorgava abbondante. Oh sì, per certo il Maffoni sarebbe morto anemico, se l'ottimo dottore Buridano, col quale egli era stretto in vincoli più che di parentela, della più sentita amicizia, avvisato dal flebotomo, non fosse accorso previdente a lui la sera istessa, due ore dopo il salasso. Questi prontamente corresse il disordine, ed il mattino seguente invitò il dottore Manero, amico intimo anche esso del Maffoni, ad associarsi a lui per dirigere concordi il trattamento medico in così difficile circostanza. Si constatò che il sangue sparso per l'emorragia poteva valutarsi in peso dai 500 ai 600 grammi. Questo avvenimento grave sempre per se stesso diveniva gravissimo per il fatto di un'affezione organica di cuore preesistente già da qualche anno.

Il giorno 7, anche per aderire più che al desiderio, alla volontà dell'infermo soggetto a scoli emorroidali da qualche tempo soppressi, si faceva un piccolo sanguisugio ai vasi emorroidali, si provvedeva con più attivi rivellenti cutanei, e con quei sussidi terapeutici che l'arte consiglia. Dopo otto a dieci giorni la febbre cessava; la polmonite, scemata, non era più un ostacolo serio alla guarigione; senonchè incominciarono a manifestarsi, da prima più raramente e quasi regolarmente, i sintomi dell'*angina pectoris*, in seguito più frequentemente ed irregolarmente; ricompariva l' espettorazione sanguigna per lo rinnovarsi della congestione polmonare, alimentata dalla disordinata

Digitized by Google

circolazione sanguigna pel vizio della cardiopatia sempre persistente.

Due volte nei gravi accessi ortopnoici, e queste volte ancora per l'imperiosa volontà dell'ammalato si praticarono due nuovi salassi di qualche oncia — comparve l' edematosi. Si sviluppò un'enorme tumefazione dolorosa nel tessuto cellulare periparotideo con larghe ulceri di decubito.

Il Maffoni conservò sempre costantemente in tutta la sua malattia l'uso delle facoltà intellettuali; sopportò le acerbe sofferenze con una rassegnazione non ismentita mai. Parlò del suo testamento e ne lasciò copia al suo carissimo nipote avv. Luigi Giacinto Maffoni nominato suo esecutore testamentario, ed erede in parti eguali con gli altri suoi nipoti e pronipoti. In questo testamento si leggono le seguenti parole che trascrivo: « Lascio alla Società mutua di soccorso di medicina e chirurgia del Piemonte antico L. 300 pagabili un anno dopo la mia morte, destinate ad aumentare il fondo delle vedove dei medici ».

Il testamento ha nel suo primo paragrafo le parole: « Voglio, come già espressi, che non si spenda più di L. 100 tra funerali e messa ». Il testamento ha la data del 9 giugno 1874.

È strano come egli, uomo così eccelso nella medicina pratica, che pure avrebbe dovuto conoscere lo stato dell' essere suo, s'illudesse a segno tale che la vigilia dell'ultimo suo giorno, facesse pressa ai suoi amici, medici curanti, perchè stante la lunga malat-

Digitized by Google

tia provvedessero a diminuzione della ricchezza mobile nell' esercizio suo professionale del 1879!

E la morte, il mattino del 5 luglio, venne a stendere il suo bianco velo su quel corpo affranto e guasto, trovò un volto sereno e tranquillo nel suo ultimo anelito. Gli stavano amorevolmente attorno, addoloratissimi i parenti ed i consanguinei. I dottori Buridano e Manero, che si adoperarono con tanto affetto e con tanta vigile previdenza per difendere quella vita preziosa e carissima, non lo abbandonarono, quando, nulla speranza rimanendo in essi, potevano colla loro presenza e coi sussidi della scienza lenirne gli affanni ed i patimenti.

Onorevoli Colleghi — Io non domando un monumento a ricordanza di questo benemerito, che riposa nel Campo Santo di Torino. Ci vorrà forse un secolo per compiere quelli che l' età presente ha ideati e decretati. Sulla modesta zolla, che protegge la salma dell' uomo integro, sapiente e benefico, io depongo per voi un fiore, per me una lagrima.

ERRATA CORRIGE

A pag. 452 - 454 a vece di *Barossio* leggasi *Baroffio*.

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 47ª settimana

dal 17 al 23 novembre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	1	2	3	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	1	1	2	» tubercolose, scrofolose	3	4	7
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	1	1	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	2	2	4	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	2	3	5	» ematiche	»	»	»
Coclussie	3	»	3	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	1	»	1	» scirrose, cancerose	2	2	4
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	»	»	»
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Colèra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	»	»				
» tifoidea e tifo	»	2	2	TOTALE	61	59	120
» migliare	»	»	»				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	4	4	Non appartenenti alla popolazione di Torino	11	6	17
Malattie chirurgiche e traumatiche	1	1	2				
Avvelenamenti diversi	»	»	»	TOTALE nella 47ª settim.ª	72	65	137
Asfissie	»	»	»	» nelle settim.ª precedenti	3132	3140	6272
Malattie dell'appar.º respiratorio	17	21	38				
» dell'apparato dell'alimentazione	14	8	22	TOTALE complessivo	3204	3205	6409
» dell'app.º cardio-vasale	3	4	7				
» del sistema nervoso	8	4	12				
» dell'app. uropoietico e genitale	2	»	2				
Reumatismo articolare, artrite, gotta	1	»	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2764	2847	5611
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 47ª settimana	71	83	154	6	2	8
Nelle precedenti	3192	3022	621	249	166	415
TOTALE COMPLESSIVO	3263	3105	6368	255	168	423

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore COLOMIATTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

PARTE UFFICILE

Seduta del 22 *novembre* 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Soci: Giacomini, Laura G. B., Berruti, Baroffio, Reymond, Valerio, Martorelli, Bizzozero, Tibone, Novaro, Mosso, Colomiatti, Perotti, Gamba, Lombroso.

Il **Presidente** dà lettura del dispaccio telegrafico che egli spedì a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione pell' infausto attentato contro la persona di S. M.

Quindi il Segretario Generale dà lettura delle presentazioni seguenti:

Bertolozzi *Dott.* Davide. — *Guida popolare per soccorrere coloro che si trovano in istato di morte apparente ed in modo speciale gli asfittici.* Genova, 1878.

Brugnoli *Prof.* Giovanni. — *Il salicilato di soda considerato quale specifico nella cura del reumatismo articolare acuto.* Bologna, 1878 (Estratto dalle *Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna).*

In commemorazione del Dott. Cav. Luigi Ciniselli. Cremona, 1878.

Maragliano D. e G. Seppilli. — *Due casi di localizzazione cerebrale.* Reggio-Emilia, 1878 (Estratto dalla *Rivista Sperimentale di freniatria e di Medicina Legale*).

Resoconto delle adunanze e dei lavori della Reale Accademia medico-chirurgica di Napoli. Tomo XXXII, fasc. 3° (luglio, agosto e settembre, 1878). Napoli, 1878.

Digitized by Google

Rizzetti *Dott.* Giuseppe. — *Bullettino medico-statistico della città di Torino.* N° 44-45. Torino, 1878.

Seppilli G. e D. Maragliano. — *Contributo allo studio dell'istero-epilessia.* Reggio-Emilia, 1878 (Estratto id.).

Il **Presidente** dà il benvenuto al Socio Baroffio dicendo che è lieto di presentare ai membri dell'Accademia l' antico Socio, distinto uffiziale medico, e si congratula che voglia riprender parte ai lavori dell'Accademia, col corredo scientifico raccolto nella sua brillante carriera.

Il Socio **Baroffio** ringrazia il Presidente delle gentili parole con cui egli volle salutarlo a nome dei Soci, è lieto di riprendere con tale accoglienza il suo antico seggio in seno dell'Accademia.

Apertasi la discussione intorno ai provvedimenti pel prossimo Congresso Internazionale d' Igiene, l'Accademia prende le seguenti deliberazioni:

1° L'Accademia nel desiderio di favorire per quanto sta in Lei la riuscita del Congresso Internazionale d'Igiene che si terrà in Torino nel 1880, delibera che siano aperti e messi a disposizione dei Membri del Congresso, i locali il Museo e la Biblioteca dell'Accademia durante il Congresso medesimo.

2° Che l'Accademia prenda parte attiva ai lavori di organizzazione del Congresso Internazionale d'Igiene, mettendosi in rapporto colla Commissione ordinatrice del medesimo.

3° L'Accademia nomina due Soci perchè cooperino col Presidente alla organizzazione del futuro Congresso Internazionale d'Igiene.

Fatta la votazione intorno al disposto di quest'ultimo articolo, vennero nominati i Soci Moleschott e Mosso.

Il Socio **Tibone** dà quindi lettura di due rapporti (vedi pag. 570-578).

Quindi il **Presidente** leva la Seduta.

Il Presidente **Gamba.**

Il Segretario particolare **Mosso.**

Digitized by Google

Seduta del 29 novembre 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Soci: Giacomini, Berutti, Rizzetti, Baroffio, Mosso, Martorelli, Tibone, Bruno, Lombroso, Colomiatti, Giudice, Gibello, Gamba e Novaro.

Letto ed approvato il verbale della Seduta precedente, si legge l'elenco delle presentazioni seguenti:

Atti dell'Accademia di Roma. Anno IV, fasc. 2°. Roma, 1878.

Lœwenberg *Dott.* B. — *Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.* Paris, 1879.

Manayra P. E. — *Cenno biografico della memoria del prof. Rizzoli sulla asportazione di estesa porzione di retto intestino per neoplasia fibrosa eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-cauterio.* Roma, 1878 (Estratto dal *Giornale di medicina militare*).

Mosso *Prof.* A. — *Die diagnostik des pulses.* Leipzig, 1879.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe. — *Bullettino medico-statistico della città di Torino*, N. 46, Torino, 1878.

Quindi è data la parola al Socio corrispondente Dott. Chiara, prof. direttore della R. Scuola pareggiata d'ostetricia, per una comunicazione verbale e presentazione di una donna operata di amputazione cesarea utero-ovarica. — Premesse alcune generalità sulle ragioni che lo spinsero alla presente comunicazione, il professore Chiara narra brevemente il fatto che segue:

« La sera del 19 ottobre u. s. rientrando alle ore 8 nell'Ospizio di maternità milanese vi trovo due donne che fanno richiesta urgente di soccorso ostetrico per una donna in male di parto da 36 ore: i medici assistenti nella Scuola vi accorrono e trovata la partoriente affetta da grave viziatura pelvica, la fanno ricoverare nell'Ospizio. È una pluripara di 43 anni, di costituzione molto deperita, affetta da osteomalacia, e in travaglio, a termine, della 7ª gravidanza: delle prime 6, 5 toccarono il termine, ed una terminò con aborto di 5 mesi. L'osteomalacia esordiva nel corso

Digitized by Google

della 5ª gestazione, or fanno 9 anni; la 6ª venuta quattro anni più tardi esacerbava il morbo di guisa che il parto fu molto laborioso, e si compiva dopo che il marito facendo istintivamente forti trazioni all'infuori sulle tuberosità ischiatiche, le divaricava di tanto da permettere il passaggio del feto.

« Rimasta gravida per la 7ª volta viene consigliata invano dalla levatrice di riparare all'Ospizio per il parto o l'aborto provocato, e si decide, come vedemmo, a domandarvi ricovero dopo che 36 ore di energico travaglio l'hanno convinta della materiale impossibilità al parto. Esaminata appena accolta, si trova: stato generale assai grave; polso 144, T. 38 1|2, lamenti continui per dolori alla cintura pelvica, oltre quelli del travaglio, denutrizione notevole, visceraglia più importante sana. Utero fortemente antiverso e poggiante sul davanti delle coscie, forma ovale col massimo diametro diretto in senso prettamente trasversale; diametro in questo senso 24 cent., nel senso longitudinale o verticale 18; battito cardiaco fetale sotto la linea ombellicale, regolare, ma frequente (160 per minuto) e diffondentesi nel senso trasversale; testa sulla fossa iliaca destra, dorso in avanti, ovoide podalico nella fossa iliaca sinistra; col riscontro vaginale si trova che le tuberosità ischiatiche, e le branche ischio-pubiche sono avvicinate tanto da rendere difficile l'introduzione dell'apice del dito indice, impossibile la sua totale immissione; nello spazio retro-ischiatico vi ha spazio per *due* dita, ma difficile anche qui, e non riesce di toccare nè il promontorio, nè la bocca uterina, nè la parte presentata; le membrane si sono rotte da un'ora circa, ed è discesa buona parte del funicolo ombellicale che si sente, pulsante, nella parte bassa del canal vaginale; il poco liquore amniotico che cola è intinto di meconio: — diagnosi — Travaglio a termine, feto voluminoso in presentazione della spalla sinistra, dorso in avanti; procidenza del cordone, sofferenza del feto, pelvi-osteomalacica, e sì angusta nello stretto perineale da domandare *in via assoluta* il taglio cesareo, tanto più che le ossa pelviche, esaminate ripetutamente, non accennano a cedere e dilatarsi, rifiutando così la ragionevolezza di tentare la liberazione forzata col rivolgimento durante la narcosi cloroformica.

Digitized by Google

« Accolta l'indicazione del taglio, fu adottato il metodo Porro, il taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica. Stavano per questo metodo la grave mortalità del taglio classico, quella non meno forte del taglio seguito dalla sutura dell'utero, la impossibilità del connubio Jacolucci, e quella pure del metodo Jorg, rimesso in onore da Thomas, Gaillard e Skene, la laparo-elitrotomia, impossibilità voluta dalla grave stenosi dello stretto inferiore.

« Munita la donna dei conforti religiosi, e preparato il necessario, si procedette al taglio secondo il metodo Porro: l'atto operativo fu iniziato alle ore 10 1|2 nella sala de' parti riscaldata a 14° R. — circondandolo colle precauzioni antisettiche di Lister. — La divisione delle pareti addominali fu estesa per 14 cent. cominciando a 1 1|2 cent. sopra il pube, e terminando a qualche millim. sotto la cicatrice ombellicale: messo a nudo l'utero, se ne tentò lo sgusciamento tirando sugli annessi di sinistra; si rompe il rivestimento peritoneale della tromba, e ne segue emorragia; non si persiste nel tentativo, si incide rapidamente l'utero in sede cadendo il tagliente sul centro della placenta, donde nuova perdita sanguigna. Aperto l'utero si estrae rapidamente e con facilità un feto (femmina) lievemente asfittico, ma tosto rianimato: era in presentazione della spalla s., dorso in avanti: l'estrazione del feto è seguita da quella degli annessi, e poi si circonda il cono cervico-uterino con la catena di un écraseur Chassaignac, fino all'emostasi perfetta, e poi lo si escide ad 1 1|2 cent. circa sopra la catena, e sotto le ovaia che vengono così esportate coll'utero. Il moncone rimasto viene, previa la sutura metallica addominale comprendente il peritoneo, fissato all'esterno, e mantenuto coll'écraseur e con un lungo ago lanceolato che trafigge il moncone da destra a sinistra, e cui si circonda con un robusto filo di seta a cifra 8; non vien fatto passare per lo spazio di Douglas il *drain* profilattico. Durante l'atto oprativo che durò 30 minuti funzionarono in modo continuo gli *sprays* producenti fitta nebbia fenicata: l'operazione fu compiuta nella narcosi cloroformica diretta egregiamente dal dott. Mangiagalli; il dott. Cuzzi con vera maestria mantenne le pareti addominali, e coadiuvò la toilette peritoneale che si ottenne con pezze (25) di garza fenicata; la signora Bertocchi

Digitized by Google

levatrice maestra sorvegliò e diresse con intelligente calma la profilassi listeriana. La medicatura della ferita fu pure alla Lister.

« Compiuta l'operazione, la donna è trasportata in un camerino previamente disinfettato: essa si addormenta placidamente dopo pochi minuti; il polso da 144 è sceso a 90, la temp. da 38 1|2 a 38; traspirazione cutanea profusa. Dodici ore dopo brivido di 15 minuti, temp. 39, 2, urine abbondanti e color verde bruno dovuto all'acido fenico assorbito dal peritoneo. Da questo momento tutto procede regolarmente, la temp. oscilla tra 38 1|2 e 37, il polso tra 100 e 80, respiro sempre calmo, lievi fenomeni di risentimento peritoneale, funzione della vescica normale, idem del retto; appetenza, umor gaio, meno qualche momento di tristezza da nervosismo. Dal 7° all'8° giorno caduta del moncone con residuo di un infundibolo profondo cent. 3 1|2, alto 2 1|2 e largo 2; cicatrizzazione della ferita addominale per 1ª intenzione nel 3° superiore e 3° inferiore, per 2ª intenzione nel rimanente. Al 24° giorno lascia il letto per la prima volta, e verso il 20 di *novembre*, cioè 30 giorni dopo l'operazione lo stato della donna le permette di rientrare in famiglia ».

Compiuta la narrazione del fatto il Professore vi fa seguire alcuni commenti relativi alla convenienza, o meno, di estrarre l'utero prima di dividerlo, dichiarandosi poco favorevole all'estrazione, sul vantaggio di fare la dieresi incruenta dell'utero, su quell'altro di dividere il moncone in due per evitare lo stiramento peritoneale fatto dal filo o dalla catena, sulla sconvenienza, colla profilassi listeriana, di mettere il drain vagino-addominale, e sui pericoli di affondare il moncone, invece di fissarlo all'esterno, conchiudendo con una breve difesa del lato morale del metodo seguito, e colla preghiera al Presidente di delegare qualche accademico alla visita dell'operata, allo scopo di stabilire indiscutibilmente la verità del fatto.

Il **Presidente** incarica i Professori Tibone e Giacomini di visitare la donna: compiuta la visita il Socio professor Tibone dice aver trovato che in quanto alla viziatura pelvica le cose stanno precisamente come le ha esposte il Socio professor Chiara, e che in tali condizioni era assolutamente indicato il taglio cesareo.

Digitized by Google

Poscia aggiunge che egli in una paziente ha anche dovuto praticare questa operazione ed è di parere che in simili casi la questione di moralità non ci debba entrare. Egli crede che l'esportazione dell'utero e delle ovaia semplifichi notevolmente il taglio cesareo. Nel suo caso egli volle estrarre l'utero prima di inciderlo, e perciò ha dovuto portare a 22 cm. l'incisione delle pareti addominali; ma non crede che vi sia convenienza ad ingrandire di tanto l'incisione ventrale. In basso il taglio nel suo caso discendeva sino al pube, ed egli crede che ciò si possa fare senza tema di ferire la vescica, mentre poi ci permette di fissare il moncone all'esterno senza stirarlo di troppo.

Dice che il prof. Chiara forse non ha messo il drenaggio vaginale perchè l'angustia dello stretto inferiore non permetteva alle dita di arrivare sul fornice della vagina. Egli per altro in quanto al drenaggio crede basti mettere un grosso tubo, che passando per l'angolo inferiore dell'incisione ventrale vada a pescare nel cavo di Douglas; e in quanto al moncone sembragli che, se per fissarlo allo esterno bisognasse stirarlo di troppo, usando il drenaggio e tutte le altre cautele antisettiche sarebbe meglio affondarlo nel cavo addominale.

Finisce col dire che la sua operata morì pochi giorni dopo l'operazione.

Il prof. Chiara osserva che non mise il drenaggio vaginale di animo deliberato, perchè crede che se questo drenaggio ha dato buoni risultamenti e li dà quando non si operi colle cautele antisettiche, è inutile e dannoso quando si segue i precetti del Lister.

Il dott. **Novaro** fa notare che anche l'Esmarch nelle ovariotomie eseguite colle cautele antisettiche non usa il drenaggio vaginale, e ciò perchè in tali casi l'essudato essendo assettico può venire impunemente assorbito dal peritoneo e non disturba menomamente la coalescenza dei margini della ferita, come farebbe invece nel caso di una ferita da amputazione e di enucleazione di un tumore. Accenna anche all'osservazione fatta da Spiegelberg, dell' insufficienza del drenaggio vaginale quando non si operi colle cautele antisettiche e si fissi il peduncolo all'esterno; chè in tali circostanze ammesso pur che il drenaggio vaginale

Digitized by Google

conduca all'esterno tutto l'essudato che si raccoglie nel cavo di Douglas, non può mai eliminare quello che si raccoglie fra la faccia inferiore del peduncolo e la vescica.

Il prof. Chiara osserva ancora parergli che il prof. Tibone prenda un po' alla leggiera la questione dell'affondamento, o meno, del peduncolo. Egli crede sia troppo pericoloso il rimettere nell'addome un moncone così grosso, che per quanto si tagli vicino al laccio presenta pur sempre una discreta quantità di tessuti destinati a morire.

Il **Presidente** ringrazia il prof. Chiara e quindi leva la seduta.

Il Presidente **A. Gamba.**
Il Segretario Particolare **G. F. Novaro.**

Seduta del 6 dicembre 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono presenti i Socii: Gamba, Giacomini, Laura G. B., Lombroso, Perosino, Valerio, Martorelli, Bizzozero e Novaro.

Letto ed approvato il verbale della seduta precedente, si dà lettura delle seguenti presentazioni:

Bullettino meteorologico dell'osservatorio del R. Colleggio Carlo Alberto in Moncalieri, Vol. XIII, N. 3. Torino, 1878.

Piccinini Prof. Raffaello. — *Storia di una pietra sanata, estratta mediante la cistotomia perineale.* Firenze, 1878 (Estratto dallo *Sperimentale*).

Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere. Serie II^{a}, Vol XI, fascicolo XVI-XVII. Milano, 1878.

Ripa *Dott.* Luigi. — *La medicina comunale o la civiltà igienica.* Anno XVIII (dicembre) Seregno 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe. — *Bullettino Medico-Statistico della città di Torino*, N. 47. Torino 1878.

Digitized by Google

Si passa quindi allo svolgimento dell'ordine del giorno, che porta discussione della proposta del Socio Novaro riflettente una modificazione alla pubblicazione del Giornale.

Il socio **Novaro** formola la sua proposta nei termini seguenti: L'Accademia invece di pubblicare un Giornale, come ha fatto fin ora, pubblicherà d'ora in avanti i proprii atti comprendenti i verbali delle sedute, le memorie originali e le relazioni lette in seno dell'Accademia e da essa approvate, e ciò in fascicoli mensili, bimestrali o trimestrali. Su questa proposta si discute a lungo, ma in fine messa ai voti viene respinta. Si approva invece quella di continuare la pubblicazione del Giornale con memorie originali e Riviste, come si è fatto fin ora, colla differenza che invece di un fascicolo di due fogli di stampa ad ogni decade, debba uscire un fascicolo al mese di quattro od al più sei fogli.

Il **Presidente** leva la seduta.

Il Presidente **Gamba.**
Il Segretario Particolare **G. F. Novaro.**

Seduta delli 13 *dicembre* 1878.

Presidenza **Gamba.**

Sono i presenti i Soci: Bizzozero, Giacomini, Gibello, Mosso, Perosino, Baroffio, Valerio, Rizzetti, Martorelli, Olivetti, Laura G. B.

Aperta la seduta si dà lettura delle presentazioni seguenti:

Atti della Accademia Olimpica di Vicenza. Secondo semestre 1877 e primo semestre 1878. Vicenza, 1877-78.

Fusinieri Ambrogio — *Scritti vari illustrati dal Professore* Giovanni Cantoni, editi dal Comune e dall'Accademia Olimpica di Vicenza. Vicenza, 1878.

Morsolin B. Giangiorgio — *Trissino o Monografia di un letterato nel secolo XVI.* Vicenza, 1878.

Rizzetti *Dott.* Giuseppe — *Bullettino medico-statistico della città di Torino,* N. 48. Torino, 1878.

Digitized by Google

Quindi il Socio **Bizzozero** presenta un suo nuovo strumento per determinare la ricchezza globolare del sangue, il quale mentre riunisce i vantaggi dei globolimetri già conosciuti di Mantegazza e di Malanez, ne evita ad un tempo gli inconvenienti.

Il **Presidente** ringrazia il Socio Bizzozero della fatta presentazione e, dietro istanza del Socio Perosino, lo invita ancora a mostrare all'Accademia il suo strumento in azione, al che il Socio Bizzozero aderisce.

Si passa quindi alla nomina della Commissione direttrice del Giornale pel nuovo anno 1879. Riescono eletti i Soci Berutti, Baroffio, Lombroso, Laura G. B.

A questo proposito il Socio **Giacomini** osserva che egli già nella precedente seduta aveva proposto che la pubblicazione della parte officiale del Giornale fosse fatta sotto la responsabilità dell'Ufficio di Presidenza: ed ora egli ritorna a fare la stessa proposta affine di evitare per l'avvenire i molti inconvenienti che si verificarono col vecchio sistema.

Messa ai voti la proposta Giacomini è approvata ad unanimità.

Il Presidente **Gamba.**
Pel Segretario particolare **Laura G. B.**

Relazione del Prof. DOMENICO TIBONE

Dei bagni di Casciana nella Provincia di Pisa.
Libri due di CARLO MINATI, *Professore ordinario nella Regia Università di Pisa, Soprintendente, già Direttore nei detti bagni.*

Ricca com'è l'Italia di acque minerali d'assai verrebbe ad avvantaggiarsi il nostro paese e la terapeutica se intorno ad ogni sorgente si facessero studii minuti e severi e si preparassero lavori di lunga lena e coscienziosi

Digitized by Google

come quello, che il prof. *Minati* sui bagni di Casciana ha dato alla luce.

Le acque studiate dal *Minati* nascono nel comune di Lari a 13 chilometri da Fauglia, che è sulla strada ferrata, che da Pisa conduce a Roma per le maremme, in uno sprone di colline, che stanno elevate sul mare di 140 metri, dal quale poco distano; onde il beneficio di venti regolari, che molto opportunamente temperano il caldo estivo. Tavole termografiche redatte con molta accuratezza, le quali abbracciano un periodo di tempo, che sta fra li 27 luglio, e li 12 settembre dell'anno 1876, in cui l'estate non fu mite, dimostrano come la temperatura media dell'atmosfera oscillò intorno alla linea orizzontale, che corrisponde a 25° C.

Volendo l'Autore, che il suo lavoro riuscisse completo sotto ogni rapporto ricorse all'opera del signore *Antonio D'Achiardi* e del professore *T. Caruel;* aggiunse il primo una memoria sulla geologia ed il secondo sulla flora della regione delle acque, su cui sto trattenendovi, che forniscono un opportuno complemento specialmente per lo studioso della storia naturale.

Venendo il *Minati* a discorrere delle qualità fisiche e costituzione chimica delle acque si ferma al vero primo saggio analitico fatto nel 1826 dal *Gazzeri* e a quello del *Targioni* nel 1849. Confrontando questi saggi con l'analisi che dietro sua proposta venne fatta dagli illustri chimici dell'Università di Pisa, *Orosi* e *Tassinari*, si conosce, che non ostante le vicende telluriche del 1846, e la rinnovata disposizione nei locali la chimica natura delle acque è rimasta inalterata.

Riporto i risultati di un'analisi dei professori *Orosi* e *Tassinari:*

Acqua ragguagliata a litri 300 (un bagno).

Digitized by Google

Gas

Azoto	cent. cubi	444.010
Acido carbonico	» »	967,770

Materiali salini

Solfato di calce	gr.	523,17
Carbonato di calce	»	100,35
Carbonato di magnesia	»	6,96
Carbonato di ferro	»	1,02
Solfato magnesico	»	5,40
Ammoniaca	»	0,45
Acido salicilico	»	11,55
Ossido alluminico	»	2,46
Materia organica	»	0,63
Residuo complessivo	»	878,07
Acqua pura	litri	299,12
Densità		1,000,302

Tracce di litina

L'acqua è limpida; presenta alla superficie di tanto in tanto alcune bolle gassose, che veggonsi elevare dal fondo. Sulla superficie galleggia una sostanza di colore ocraceo, dovuta alla presenza di alcune crittogame, su cui si deposita il carbonato ferroso, esistente nelle acque, come sulle pareti dei crateri e dei bagnetti. La temperatura varia da 26° a 35° secondo che venne misurata nella vasca aperta o nei bagnetti, ovvero nei crateri.

Da *Ugolino* di Monte Catini e *Mengo* da Faenza, dal *Mazzoni* e dal *Chiari* che pure portarono i loro studii intorno a queste acque, non furono nettamente classificate; il *Minati* guidato da principii scientifici più esatti determina la loro categoria, e le colloca fra le termali ferruginose carboniche; ne spiega con evidenza le chimiche proprietà, e la loro azione speciale sull'umano organismo. Con argomenti convincenti sostiene l'assorbimento senza

Digitized by Google

rigettare la teoria dinamica, specialmente per quanto ha rapporto alla elettricità. E per dimostrare positivamente l'azione eccitante di questi bagni, ha fatto delle ricerche sfigmografiche e prima e dopo il bagno su persone sane, di età fiorente, affette solo da malattie locali per antichi traumi. Concordano queste risultanze sperimentali colle impressioni dei bagnanti, che sono usi a prendere due bagni al giorno, i quali provano un senso di ben essere consecutivo al bagno; concordano con la pronta risoluzione di certe deficienze d'azione nervosa, di regione periferica ed in qualche caso anche di alcune di origine centrale.

Gli elementi più attivi nei bagni di Casciana sono: l'acido carbonico, il ferro, la litina, il calorico e l'elettricità. Dai componenti principali, e dalle proprietà fisicochimiche ne riconobbe l'autore razionale l'uso nelle malattie reumatiche ed artritiche, nelle gottose, nella clorosi e nell'anemia, in molte malattie del sistema nervoso; tra queste merita un particolare ricordo la clorosi spinale posteriore, per il giovamento che ne ottenne in alcuni casi, sì nelle manifestazioni dolorifiche, che nella coordinazione dei movimenti. Il successo parziale ottenuto è tanto più degno di nota, se si tiene conto della tenacità della malattia ai mezzi terapeutici conosciuti e la termalità delle acque.

Trovò eziandio assai utili le stesse acque nelle dermatosi croniche, in alcune affezioni viscerali riferibili specialmente al disturbato circolo epato-splenico, e nelle stesse nefriti. Intorno ad ogni gruppo di malattie si diffonde lungamente il prof. *Minati*, ne indaga la patogenesi e con clinica oculatezza descrive e definisce quegli stati patologici, nei quali le acque cascianesi sono da usarsi come vantaggiose, o da escludersi perchè di nocumento. In appoggio aggiunge un numero di storie dei casi più

Digitized by Google

singolari raccolti da lui, e dai medici preposti tempo addietro alla direzione delle stesse terme.

Nel capitolo: Delle malattie curate ai bagni di Casciana e delle speciali indicazioni di queste desunte dall'osservazione ha stampato il professore *Minati* un' orma veramente originale. Egli ha raccolto, e certo con non poca fatica, in tre prospetti l'elenco delle malattie speciali curate negli anni 1871-72 e 73. Da cotesti specchi statistici si può bensì ricavare le specie delle malattie in cui sono più riputate e raccomandate le acque Cascianesi, ma non certo le malattie, in cui la loro efficacia è meglio manifesta e persistente. Non poteva il *Minati* col metodo scientifico che ha per guida, e coll'amore sincero che sente per la verità appagarsi di coteste ricerche; volle vedere non solo gli effetti immediati ed apparenti, ma più di tutto indagarne volle i mediati e durevoli. A cotesto scopo riunì in un quadro le risultanze positive ottenute sovra 1541 casi, che tutti vennero riveduti e riesaminati un anno dopo la cura balnearia.

Riporterò alcune cifre in appoggio, tolte dal quadro accennato:

Di 379 sofferenti di artrite guarirono 149, migliorarono 76, la malattia recidivò in 36 e si osservò stazionaria in 118. — Su 24 gottosi si contano guariti 14, migliorati 6, stazionari 3, e recidivi 1. Aggiungo ancora i numeri riferitisi alle metriti lente per la sicurezza che assume il diagnostico ricordando, che venne questo istituito da un distinto cultore della ginecologia, quale si è il professore *Minati*. Su 30 donne 16 guarirono, migliorarono 7 e soltanto in 7 si constatò la stazionarietà della malattia. La statistica redatta con questi criteri acquista un incontestabile valore. Io vorrei che il professore *Minati* trovasse imitatori e seguaci nella schiera dei medici che dirigono stabilimenti balneari. Si evite-

Digitized by Google

rebbero le esagerazioni che sì facilmente hanno corso sul proposito delle acque minerali; ne risulterebbero meglio precisate le indicazioni, e di gran lunga si avvantaggierebbero gli studi idrologici.

In appendice il *Minati* tocca di altre due sorgenti, l'una supposta e l'altra vera. Della prima fa parola perchè non venga più ricercata da alcuno, essendo stata riconosciuta provenire da una filtrazione derivante dall'area del fabbricato dei bagni. La vera è detta del *Riguardio;* dall'analisi del chimico farmacista *Romei* risulta appartenere alle acque acidole ferruginose e bicarbonate, ed avere quindi virtù tonica e ricostituente.

Le cose fin qui incompletamente riferite fanno parte del primo libro. Il libro secondo è dedicato alle ricerche storiche di questi celebri bagni. Nessuno meglio del *Minati* poteva mettere con maggior sicurezza il piede su questo terreno; è cultore esimio degli studi storici, e possiede libri preziosi. Seppe giustamente interpretare antichi documenti, di cui taluni inediti. Dimostrò falsa la leggenda popolare, che attribuisce alla famosa Contessa Matilde l'origine di questi bagni, i quali già erano noti con molta probabilità agli antichi romani.

È una giusta e meritata lode il dire che il prof. *Minati* seppe sulle acque di Casciana condurre un lavoro con indirizzo veramente scientifico; seppe spingere di un passo innanzi la scienza idrologica. Si legge il suo libro con vero piacere, perchè attraente per la forma, e dettato in stile sempre corretto ed appropriato, e spesso elegante, mentre nello stesso tempo istruisce e corregge errate idee. Prenderà un posto distinto nella bibliografia medica italiana. Il compianto prof. *Ghinozzi* ha proclamato l'Autore benemerito delle terme, che ha con tanta cura illustrato, e dei sofferenti; io ve lo propongo, onorevoli Colleghi, come meritevole di essere inscritto fra i Soci corrispondenti della nostra Accademia.

Digitized by Google

Rapporto del Prof. DOMENICO TIBONE

Dell' istero-trachelotomo galvano-caustico e dell'istero-trachelotomo tagliente ideati e presentati dal signor AGOSTINO BARBERIS, fabbricante d' istrumenti di chirurgia.

L'amputazione del collo dell' utero non è punto operazione scevra di difficoltà e di pericoli. È spesso non facile impresa il portare gli strumenti sul confine superiore della regione intravaginale del collo, sia che si voglia operare colle forbici, colle pinze a morsi dentati (*Frederick Clark*) col gamautte o col termo-cauterio, ovvero si vogliano adoperare lo schiacciatore o l' ansa galvano-caustica. Nè è sempre partito conveniente o di facile riuscita lo abbassare con lente e continuate trazioni il collo uterino sino alla vulva per metterlo più facilmente alla portata degli strumenti. Questo procedimento preparatorio tende oggidì a perdere terreno essendosi riconosciuto, che condizione importante per il felice risultato dell'operazione sta nello evitare ogni trazione e di amputare il collo in sito, in specie quando si tratta di carcinoma. Coll'abbassamento anche moderato del collo dell'utero, poniamo di 3-4 centimetri, non è rimosso il pericolo di penetrare nella cavità peritoneale portando in addietro la sezione al di sopra della porzione intravaginale, producendo in tal modo una lesione grave bensì, ma non mortale; segnatamente se si opera colla galvano-caustica, o col termocauterio, che impedendo la emorragia tolgono il fomite dei processi peritonitici, e settici.

Digitized by Google

I pericoli dell'amputazione cervico-uterina sono rappresentati dalla emorragia, dal flemmone, dalla setticemia, e dalla peritonite.

Per rendere più facile e sicura la amputazione del collo uterino il signor *A. Barberis*, distinto fabbricante di istrumenti chirurgici di cotesta Città, la cui mente inventiva già è nota all'Accademia nostra (1), immaginava due strumenti, che assai si rassomigliano nella forma e nella lunghezza, sebbene di molto si differenzino nel modo di operare la divisione del collo; in uno si fa colla galvanocaustica, nell' altro col tagliente.

L' *Istero-trachelotomo galvano-caustico* consta di una specie di pinza della lunghezza di 28 centimetri, non compresi i prolungamenti metallici per la congiunzione con i reo-fori. L'articolazione è fissa e sta poco sopra la parte mediana. La branca femmina è quella, che conduce la corrente termica. La parte, che abbraccia un segmento del collo, e facendosi incandescente lo divide, è di platino ed ha la forma di mezza luna finestrata. Col chiudere lo istromento viene a contatto, e striscia sulla superficie interna di una lamina d'avorio pure foggiata a mezza luna, ma piena e più grande, la quale termina la branca maschio, che sostiene la detta lamina dividendosi in due aste a convessità esterna, e abbastanza divaricate da circoscrivere una finestra capace di contenere il collo dell'utero ingrossato. Se si cerca negli annali della nostra scienza si trova il galvano-caustico del *Cheron*, il quale ha qualche rassomiglianza, e raggiunge lo stesso scopo, che l'istrumento del Barberis. Il Dottore francese seziona il collo con un'ansa di platino, che stringe a volontà con

(1) V. il *Giornale della R. Accademia di medicina*, serie III. vol. 6°, pagina 285 — 1868 — 2.° semestre.

Digitized by Google

un opportuno congegno. Il fabbricante italiano fa l'amputazione col coltello di platino, che mantiene a stretto contatto della parte che si vuole esportare col meccanesimo di una leva di primo genere. Mi pare migliore lo strumento italiano, perchè è di più facile applicazione, e la vagina viene bastantemente protetta con un solo specolo univalve.

L'*Istero-trachelotomo* tagliente funziona come una forbice. Una lamina metallica a curva pronunciata della larghezza di mill. 25 termina la branca femmina, la quale scivola e si adatta stringendo lo strumento sovra una lamina metallica pure tagliente, e larga mill. 40, la quale è sostenuta dall'asta biforcata della branca maschio. Può essere portato sul collo dell'utero senza l'aiuto dello specolo. A istrumento chiuso le punte metalliche della branca femmina sono nascoste e protette dal coltello curvilineo della branca maschio.

Trovo inutile, onorevoli Colleghi, il parlare del modo di azione degli istromenti, che il *Barberis* ha ideato e costrutto, ed io forse confusamente descritto. Aggiungerò soltanto brevi parole sovra le indicazioni.

I trachelotomi possono usarsi soltanto nei casi in cui è indicata l'amputazione circolare del collo uterino. Il galvano-caustico può facilmente sostituirsi all'ansa galvanocaustica ed allo schiacciatore, perchè è di più facile e pronta applicazione. Nei casi di degenerazione cancerosa e di ipertrofia della regione intravaginale raggiunge bene lo scopo, mentre il tagliente per la temibile emorragia non deve essere preferito nei casi di cancro. Non è questa regola generale. Io l'ho usato in un caso di epitelioma pavimentoso; non si conseguì la guarigione, ma bensì un notevole miglioramento, per un certo tempo l'emorragia ed i dolori cessarono. È però prudente, anche nelle circostanze di semplice ipertrofia, di tenere preparati i soccorsi

Digitized by Google

emostatici quando si opera sul collo dell'utero con istrumenti taglienti.

Egli è a lodarsi l'artefice, che non si limita a costrurre gli istrumenti già conosciuti, ma si industria a perfezionarli ed a foggiarne dei nuovi. Tanto più deve lodarsi quando i nuovi strumenti riescono di qualche pratica utilità: per questa doppia ragione io giudico il *Barberis* meritevole di encomio.

PARTE NON UFFICIALE

MEMORIE ED OSSERVAZIONI ORIGINALI

Dell'affezione granulosa della congiuntiva e dell'oftalmia contagiosa per EDWARD NETTLESHIP F. R. C. S., Chirurgo oftalmico e Professore all' Ospedale di S. Tommaso, già Chirurgo all'Ospedale Oftalmico Sud di Londra ed ex-assistente clinico e Conservatore del Museo all'Ospedale Oftalmico Moorfields.

Traduzione del Dott. GIOVANNI BELTRAMI
assistente all' Ospedale Maggiore Mauriziano di Torino.

(Continuaz. alla pag. 495, num. 15)

Molti scrittori hanno ora abbandonato la teoria che il contagio è la causa delle granulazioni follicolari. Le espressioni che si trovano nella maggior parte dei libri di testo suonano così: che l'oftalmia granulosa è contagiosa quando è accompagnata dalla secrezione ed in proporzione della sua quantità e purulenza. È vero che le prove tratte da che l'oftalmia granulosa

Digitized by Google

ha esistito prima della data riferita, non menomerebbero l'ipotesi che la malattia è contagiosa; contuttociò questa dottrina non ha parallelo in patologia (1), e la sua probabilità è ancora molto diminuita da molte prove in favore di altre cause.

È difficile comprendere come le prove dell'esistenza di questa malattia in Europa prima del 1800, possano da taluni essere contestate. Molti autori lo hanno affermato e han citato gli antichi scrittori in appoggio delle loro opinioni; fra i più recenti si trova Welch nel suo eccellente e pregiato libro del 1869. Siccome contuttociò non si è ancora abbastanza convinti su questo soggetto, non sarà male di ripetere qualcuna delle prove meglio conosciute, molte delle quali sono state finora citate in modo più o meno sconnesso.

La descrizione accurata delle varie specie di tracoma data da Aetius, che racchiude un cenno di un genere che non può riferirsi a nessun'altra malattia che alla granulazione vescicolare, la ometto qui, poichè è probabile che la sua esperienza provenisse in gran parte dai paesi orientali, dove, come in Egitto, è ammesso dalla maggior parte degli autori, che la malattia abbia esistito da secoli. La breve descrizione di Scheffer (1678) di una oftalmia nella Lapponia non può riferirsi che con molta difficoltà ad altre malattie, dacchè può ammettersi con certezza che l'of-

(1) L'ipotesi (non confermata dalla dimostrazione, come nell'impetigine, ecc.) è che una piccolissima parte della superficie mucosa del corpo in uno stato di malattia estremamente cronica e puramente locale, emana un contagio di una natura così volatile, attiva, e di così lunga durata da esser capace di infettare la gran maggioranza di quelli che ad esso s'espongono e di esser trasmesso, dopo una lunga conservazione, attraverso il «medium» di oggetti infetti.

Digitized by Google

talmia granulosa è una parte essenziale di qualunque malattia degli occhi permanentemente endemica che distrugge e seriamente offende la vista di un gran numero di persone in un dato paese o località. Egli dice « malattia degli occhi, che essi ereditano in una condizione infiammata, lagrimosa e cisposa, è la loro malattia più comune, e seguìta spesso da perdita della vista. Il fumo di cui estate ed inverno, son piene le loro cabine, e la luce del fuoco, in faccia al quale siedono per tutta la loro vita, sono la causa di questa malattia ». All'esempio seguente, occorso in Irlanda, sebbene più in dettaglio e circostanziato, si potrebbe obbiettare che un'oftalmia acuta purulenta potrebbe pure aver cagionato gli stessi risultati. Questo è tuttavia (come nel caso sopracitato) così inverosimile in una popolazione civile che vive nelle sue condizioni normali, che può veramente escludersi. Fu senza dubbio un'epidemia d'oftalmia purulenta nelle persone che erano già soggette all'affezione granulosa. L'esempio citato viene così raccontato da Mr. (ora Sir) W. R. Wilde: « Verso il 1701 un'epidemia di questa natura (cioè oftalmia distruttiva) insorse presso a Castle-town-Delvin, nella contea di Westmeath, in seguito alla quale un gran numero di persone perdette la vista. È molto da lamentare che il manoscritto originale di Sir Thos. Molyneux non sia stato pubblicato sotto la direzione del sig. Wilde; esso ha per titolo: — Quesiti proposti dal Dott. Thos. Molyneux a Giovanni Hill, curato di Castle-town-Delvin, nella contea di Westmeath, concernente la straordinaria malattia che tolse la vista a molti in quella parrocchia. — Essa infierì, come molte epidemie susseguenti, nel tempo di generale miseria in Irlanda, durante il quale molte migliaia d'operai di manifatture in lana dovettero

Digitized by Google

emigrare per mancanza d'impiego, e « l'intiero regno si trovava ridotto alla più grande povertà e miseria ». Sir Wm. Read (verso il 1710), conosceva perfettamente le varie sorta di affezioni granulose delle palpebre, incluse anche le primitive granulazioni vescicolari, poichè egli diceva: « gli occhi così affetti mostrano una ineguaglianza di ambedue le palpebre sulla loro faccia interna, che si presenta molto ruvida e scabra come vi fossero grani di miglio ». L'ultimo paragone sarebbe ancora di maggior valore, se non fosse identico a quello usato da Aetius. Maitre-Jean nel 1740, descrisse granulazioni sulle palpebre, ed un anno più tardi, St. Yves, scrivendo sull'« impetigine delle Palpebre » dice: « se si rivolgono le palpebre, esse appaiono rosse sulla loro faccia interna e dimostrano ineguaglianze in qualche modo simili ai piccoli grani di fico » (1). Nella sua dissertazione inaugurale (1751) Kœnigsdoeffer descrive dei morbidi vellutati ma solidi e prominenti « tubercoli » sulle palpebre. Ed aggiunge affine di distinguerli dalle palpebre villóse e dalle granulazioni più dure di Aetius, che nella malattia che egli stava descrivendo, « non vi era ruvidezza delle palpebre ». (A pagina 10) riporta un caso di scrofola generale in cui gli occhi continuarono ad essere infiammati per due anni, e « la morbosa materia della malattia essendo andata nell'occhio, aveva non solo affetto le ghiandole meibomiane, ma aveva fatto nascere pure dei tubercoli sulla superficie interna delle palpebre, i quali sembravano aumentare eccessivamente l'infiammazione di ambedue gli occhi ». Le

(1) La parola « sycosis » era usata dagli scrittori molto antichi per designare le granulazioni avanzate e prominenti sulla congiuntiva.

Digitized by Google

ghiandole sulla congiuntiva palpebrale (che egli distingueva accuratamente dalle ghiandole meibomiane) sono, egli dice, « più facili a vedersi negli animali inferiori che negli uomini, si trovano su tutta la palpebra superiore e su una parte delle palpebre inferiori, consistono di particelle lenticolari molto vicine e minute, varianti in grandezza e forma », ed esse « secernono materia sierosa e non sebacea ». È estremamente probabile che l'affezione granulosa esistesse fra i cavalli dell'Irlanda più d'un secolo fa. Nell'inverno del 1750-51 v'era in Irlanda « una febbre universale catarrale fra i cavalli, e molti dei cavalli di lavoro che avevano questa malattia, ne soffrirono tanto da diventare ciechi ». La stessa cosa s'osservò di nuovo nel 1760 ; e scrivendo due anni dopo Rutty dice, che era stato calcolato che un cavallo su dieci ammalati era stato per sempre accecato. Si sa che i follicoli linfatici esistono nella congiuntiva normale del cavallo. Il « Trachoma herpeticum » di Plenck (1783) si riferisce evidentemente alle granulazioni vescicolari.

Dai passi sopracitati pare che risulti che l'oftalmia granulosa in tutti i suoi stadii e varietà era ben conosciuta cento e duecento anni fa, in parecchi paesi di Europa fra loro molto lontani; in conseguenza non è necessario d'andare fino alla campagna d'Egitto per riscontrare la sua origine. Non è possibile il dire se essa fosse così comune come ora, ma probabilmente ciò non era, se le teorie sulla sua causa, le meglio fondate sono vere. Il fatto negativo di non averla mai riconosciuta come malattia predominante non è di alcun valore, considerando lo stato delle cognizioni mediche a quel tempo. Nè io posso dare grande importanza alle asserzioni che essa fu sco-

Digitized by Google

nosciuta in Strasburgo fino al 1851 (Stoeber), nel Belgio fino al 1814 (Hairion), in Algeria fino al 1859 (Hairion, Furnari), in Danimarca fino al 1848-51 (Bendz), in Russia fino al 1816 (Kabath), ecc.

In nessun luogo si dice che le granulazioni vescicolari siano state attentamente osservate e trovate mancanti, ma solo che esse non sono state avvertite fino a che un grave irrompere di oftalmia contagiosa portò l'attenzione sullo stato della congiuntiva in quelli che si supponevano sani. Nel caso dell'Algeria però i ragguagli differiscono, e persino lo stesso autore attesta cose in una parte delle sue opere, che sono inconsistenti con asserzioni di un'altra parte. Così Furnari, mentre nega la sua esistenza in Algeria nel 1859, descrive sequele d'oftalmia (granulazioni. panno, entropion) da lui viste in quel paese nel 1844. che lasciano poco a dubitare che la vera affezione granulosa fosse a quell'epoca lungi d'esser rara. Cuignet, nel suo libro recente, mantiene l'identità dell'oftalmia d'Algeria e d'Egitto, e crede che essa era ben conosciuta in Algeria prima della conquista francese, che fu, secondo Hairion e Furnari, in modo indiretto il mezzo d'introduzione in quel paese per la via d'Europa.

Riguardo al carattere contagioso dell'oftalmia granulosa vi sono varii generi d'opinioni. Qualche osservatore ritiene che non solamente le granulazioni follicolari sono prodotte dal contagio ed in nessun altro modo, ma che il contagio non è di necessità associato a secrezione congiuntivale percettibile, ch'esso emana dalle semplici granulazioni a grano di sago, divien volatile, ed agisce a distanza, e può avere un lungo periodo di latenza nella congiuntiva. A ciò qualcuno aggiunge che il *virus* può essere assorbito dalla

Digitized by Google

membrana mucosa polmonare come pure dalla congiuntiva, e che la malattia è costituzionale.

De Condé e Schmidt, nel 1841, ammisero che l'oftalmia granulosa poteva essere paragonata al tifo, essendo una malattia del sangue, di cui un attacco protegge contro un secondo, e si provarono senza molto successo ad appoggiare quest'opinione con prove statistiche e cliniche intese a dimostrare un antagonismo fra questa malattia ed il tifo, dissenteria e febbre intermittente. Molti autori, come Müller, Bendz e Hairion (1) ritennero che questa sia una malattia locale specifica, propagata da infezione aerea, con un periodo di latenza, durante il quale le granulazioni, sebbene invisibili ad occhio nudo, possono talora esser viste con una lente, e sono in qualunque tempo disposte a crescere ed attivarsi per una leggiera provocazione, e che questa malattia è « trasmessa senza che la congiuntiva sia la sede di qualsiasi secrezione visibile, esclusivamente per contagio e generalmente con mezzi miasmatici » (Bendz), per l'azione di uno speciale « virus granuloso » o « vescicoloso ». Marston e Frank, sebbene non si esprimano in un modo così franco, pare però che ritengano vera la stessa opinione, come pure gli editori francesi del trattato di Mackenzie.

Altri, che non vanno fino a questo punto, credono che, sebbene le granulazioni siano causate dal contagio, esso non esiste e non può agire, a meno che vi sia secrezione congiuntivale, e che questa non si può distinguere dal prodotto di una ordinaria congiuntivite (cioè dall'infiammazione di una congiuntiva non

(1) Il Dott. Hairion era ancora della stessa opinione nel 1873.

Digitized by Google

granulosa), eccetto per il suo potere specifico di riprodurre granulazioni vescicolari. Thiry potrebbe riguardarsi come il capo di questa scuola. Secondo lui, il *virus* granuloso è il prodotto di uno speciale processo infiammatorio, acuto e virulento, ed ha per suo esito la formazione di granulazioni e la riproduzione della stessa secrezione specifica purulenta. Egli considera la vera oftalmia granulosa come il risultato di un processo acuto, e non ammette granulazioni croniche « vescicolari » e « carnose » nell'essenza della vera malattia. Secondo una terza scuola, il contagio è solo una fra le parecchie cause dell'affezione granulosa, mentre la secrezione purulenta o muco-purulenta è una condizione necessaria della sua azione. Wecker rappresenta questa terza scuola quando egli dice che le granulazioni sono contagiose a causa della secrezione purulenta che le accompagna, ed in proporzione che essa si avvicina al pus puro, mentre le granulazioni scompagnate da secrezione sono solo raramente contagiose. Un' opinione quasi identica è espressa da Stellwag, ed altri recenti scrittori pare che s'attengano allo stesso modo di vedere. La causa ordinaria delle granulazioni croniche Wecker la pone in una prolungata esposizione ad aria resa impura da soverchio agglomeramento di persone, sebbene egli non specifichi se v'abbia qualche costituente di questa impurità che ne sia la vera causa effettiva. Soelberg Wells è anche più ambiguo ed « ha qualche dubbio che le granulazioni vescicolari siano contagiose »; aggiunge che ciò è particolarmente vero quand'esse sono accompagnate dalla gonfiezza della congiuntiva e da un po' di secrezione muco-purulenta. L'agglomeramento e l'esposizione prolungata all'aria impura, a cui qualcuno aggiunge l' esposi-

Digitized by Google

zione al fumo ed alla esalazione degli animali domestici, sono menzionati come cause con più o meno chiarezza da Rust, Scheffer e molti altri antichi autori, e più recentemente da Anagnostakis (1857), Schweigger (1870) e da molti degli autori che credono che il contagio è in parte una causa.

Un quarto gruppo ritiene che il contagio non ha parte alcuna nella quistione, che le granulazioni follicolari sono dovute a varii difetti nelle condizioni della vita, e saranno sempre riprodotte quando si ha il terreno opportuno per il loro svolgersi. Questa opinione, che il contagio non prenda parte affatto nella produzione delle granulazioni follicolari, fu più distintamente emessa da Welch nel 1863 e di nuovo nel 1869. Egli conclude contro il contagio dal fatto della quasi invariabile simmetria della malattia, e da ciò che si estende in una riunione d'uomini senza alcun rapporto colle facilità per un diretto contatto. L'argomento della simmetria sarebbe piuttosto contrario che in favore se è diretto contro l'infezione attraverso all'aria, ed a distanza o per mezzo di fomiti; di qualche valore invece se si riferisce al contagio diretto. La seconda ragione è assai potente. Egli cita molte prove in favore dell'intimo rapporto tra la notturna impurità dell'aria nei dormitorii, e l'apparire delle granulazioni vescicolari, e crede probabile che il vivere abitualmente in una atmosfera contaminata da materia organica, (non, come egli si affretta a notare, da cellule epiteliali o da pus) è la causa reale, ma che il calore e l'umidità dell'aria sono le condizioni essenziali della sua azione. Il Dott. Leith conclude anche in favore d'una ventilazione cattiva e ristretta, ed ammette l'aria abitualmente impura nelle camere da letto,

Digitized by Google

come una causa probabile della malattia tra persone che vivono apparentemente in buone condizioni igieniche. Brudenell Carter suppone che la materia organica decomposta contenuta nel frustagno, possa avere qualche cosa a fare colla maggior predominanza della malattia fra i ragazzi che fra le ragazze nelle scuole. Molti convinti fautori del contagio credono anche nell' importanza delle condizioni anti-igieniche, specialmente Marston, la di cui conclusione: «che lo stato della congiuntiva offre un delicato criterio dello stato igienico d' un reggimento» è quasi passata in una formola.

L'ipotesi di Welch, appoggiata com'è da molte osservazioni accurate, che l'eccessiva umidità dell' aria è essenziale nella produzione delle granulazioni vescicolari, se non è la causa essa stessa, pare a me molto importante, specialmente perchè appoggia l'opinione così spesso espressa da autori, che l' umidità è una causa, e causa importante delle varie forme d'oftalmia epidemica. Non chiederò perciò scusa per citare alcuni fatti ed opinioni in conferma di ciò.

Uno o due punti negativi possono qui, in primo luogo esser ricordati. Tali prove negative non sono affatto prive d' errori, poichè in un paese dove il suolo e l'aria sono generalmente molto secchi, la popolazione è quasi sicuramente scarsa, e così vi sarà anche mancanza di altre cause probabili oltre l'umidità. In Egitto Power e Anagnostakis ci dicono che gli Arabi delle parti deserte dove il calore è intenso, ma l'aria molto secca, non soffrono di tal malattia, e Burton dice la stessa cosa riguardo agli abitanti dell'Arabia occidentale. Tutti sanno «egli dice» che l'oftalmia è sconosciuta nel deserto, e gli abitanti di El Hajez, che vivono in una atmosfera di fuoco e sabbia, raramente

Digitized by Google

perdono la vista. Si sa che l'oftalmia è molto comune e grave in Algeria, ma Lustreman ci dice che gli abitanti delle montagne e delle pianure sabbiose di quel paese sono immuni da essa.

Le prove riguardanti l'effetto dell'umidità (sia dell'aria che del suolo), possono esser divise in due gruppi. Nel primo vi sono i fatti generali concernenti la predominanza della malattia in paesi che sono abitualmente umidi, e in distretti o città umide che fanno parte di paesi che sono nel rimanente secchi; nel secondo gruppo, stanno alcune notizie più precise, ma meno complete riguardo agli effetti osservati dei climi o località secche od umide sulla congiuntiva di persone che ivi conducono la loro esistenza. Le prove del primo gruppo non sono senza dubbio prive d'errori; nè io desidero di accingermi a fare una completa esposizione di tutti i fatti che potrebbero qui raccogliersi, ma solo di ricordare qualche esempio ben distinto che vi si riferisce. I due errori più importanti sono, che le città più grandi e più popolate sono per lo più costrutte in siti bassi più o meno umidi, e che le forme acute catarrali di congiuntivite sono anche estremamente comuni nei climi e siti umidi variabili, di modo che è spesso impossibile il distinguere, da un rapporto scritto, se siano predominanti le forme catarrali, o l'affezione granulosa.

Un esempio molto spiccato di un paese abitualmente umido, dove si sa che l'oftalmia granulosa è predominante, è l'Irlanda. Essa è molto più comune fra gli Irlandesi, che tra gli Inglesi e Scozzesi; di modo che la disposizione a contrarla non è solo per manente nei nativi d'Irlanda in qualunque luogo essi vivano, ma è in gran parte ereditaria, poichè i figli

Digitized by Google

di genitori irlandesi sono molto più soggetti ad essa che quelli di qualunque altra razza, quantunque essi non vivano in Irlanda (1). L'Egitto porge un altro esempio egualmente importante ed istruttivo, sebbene meno semplice, essendo ivi l'elemento dell'umidità combinato con altre influenze che sono più o meno nocive alla congiuntiva, specialmente la polvere e l'intensa luce e calore. Contuttociò in Egitto l'oftalmia di cui l'affezione granulosa è un importante elemento, come nell'oftalmia dell'Irlanda, è assai più frequente nelle parti più umide del paese. Secondo Dewar e Power le parti d'Egitto che rimangono bagnate tutto l'anno, sono quasi unicamente quelle che si trovano nei o vicino ai terreni di risaie, e l'ultimo autore ci dice che « quelli impiegati nella coltivazione del riso sono particolarmente affetti da cecità ». I soldati dell'armata francese soffrivano meno della malattia nell'Egitto superiore nella stagione asciutta che quelli che si trovavano nel Basso Egitto (Dewar). Il « clima caldo e umido dell'Egitto » vien considerato da Landau come il luogo natìo del « virus vescicoloso ». Secondo Anagnostakis l'atmosfera del Basso Egitto durante il periodo di piena del Nilo è estremamente umida, e in Alessandria egli dice che questa umidità prevale dalla fine della primavera fino a novembre (2). Scoresby Jackson dice pressochè la stessa cosa riguardo all'atmosfera del Basso Egitto, e spe-

(1) Io ebbi dapprima cognizione di questi fatti da Mr. Hutchinson.

(2) La piena del Nilo comincia circa due mesi dopo il solstizio d'estate, cioè verso la fine della terza settimana d'agosto. L'inondazione continua per due o tre mesi, più o meno, ed i suoi cattivi effetti sono cessati colla fine di novembre. — *Encyclop. Brit., Article « Egypt »* Scoresby Jackson, *Médical climatology.*

Digitized by Google

cialmente d'Alessandria, paragonandola con quella dell'Egitto medio e superiore.

In Algeria, « il paese basso ed umido » vien indicato da Cuignet come una delle cause maggiormente predisponenti all'oftalmia. Furnari descrive le abitazioni di alcuni Arabi in Algeria « come nuotanti nel fango » nell'inverno. Laveran dice che l'oftalmia purulenta in questo paese colpisce particolarmente « i coltivatori dei villaggi bassi, malsani, gli Arabi delle città, e specialmente gli abitanti delle oasi assieme accalcati in capanne infette, costrutte su un suolo bagnato sotto le palme ». Secondo Lustreman quegli Arabi d'Algeria « che vivono nelle stazioni umide delle spiaggie, e in capanne circondate d'acqua nelle oasi, mostrano tutte le alterazioni oculari, che hanno fatto dare alla città di Cairo il nome di città dei ciechi ». A Malta, dove l'oftalmia granulosa dal principio di questo secolo (e probabilmente molto tempo prima) ha predominato moltissimo, Hennen dice che l'aria nell'autunno è eccessivamente umida e calda, e che l'isola non è certamente priva di distretti paludosi, fra due dei quali è situata Valetta. Suez, dove l'oftalmia è talora molto distruttiva, va pure soggetta alle febbri intermittenti ed è situata e circondata da una larga superficie paludosa della spiaggia che è lasciata allo scoperto in alcune stagioni. Florio propugna enfaticamente l'efficacia dell'aria umida e delle costruzioni umide fra le più importanti cause della malattia. Carron du Villards notò la coincidenza fra l'oftalmia diffusa e prolungata fra i soldati, in un sito particolarmente pantanoso e nebbioso nella pianura di Marengo, dove le intermittenti e la dissenteria erano comuni.

Molto più precise al riguardo sono le osservazioni accurate e recenti di Welch riferentisi ad un reggimento

Digitized by Google

in cui presero a svilupparsi in grande estensione le granulazioni vescicolari, mentre viveva a Malta in barracche, dove v'era un alto grado di umidità dell'aria, tra le altre cattive condizioni quasi sempre costanti; sebbene anche queste condizioni variassero in tempi diversi secondo la qualità delle barracche occupate, e fossero, come regola, peggiori in quelle « compagnie » che occupavano i quartieri peggio ventilati, e più umidi. Quando gli stessi uomini si portarono a New Brunswick, dove, tra le altre cose, l'aria era generalmente molto più secca che a Malta, la malattia indietreggiò in quelli prima affetti, e non si presentò in nessuno di quelli che era stato immune da essa a Malta. La stessa cosa fu di un corpo d' uomini, che era stato mandato dal deposito (home *depôt*) a raggiungere il reggimento a New Brunswick; le loro palpebre che all'arrivo nel Canadà erano ammalate nella metà circa di essi, migliorarono moltissimo quando furono colà. La prima grave eruzione d' oftalmia che venga ricordata in Portogallo, si osservò in una gran scuola di parecchie centinaia di fanciulli e fanciulle che vivevano in locali scuri ed umidi sotterranei. Il Dott. Massy nel 1851, dice di Athlone, (nella contea di Westmeath, Irlanda), « l'atmosfera è forse la più umida che mai io abbia trovato, ad eccezione forse nell' India durante le pioggie »; essa è « ben conosciuta come una località dove l'oftalmia costantemente prevale »; ed aggiunge che quasi ogni reggimento ivi quartierato viene dalla medesima affetto. Il trentunesimo reggimento, di cui egli scrive, aveva sofferto leggermente della malattia prima che fosse quartierato ad Athlone nel 1848, ma dopo esservi stato circa dodici mesi la malattia cominciò a farsi molto dominante fra gli uomini, e nell'anno seguente si os-

Digitized by Google

servarono varii casi molto gravi. Hennen dà dettagli interessanti riguardo all' effetto dell' aria umida in Malta sull'aggravamento dei casi d'oftalmia militare già in via di guarigione. Nel 1807 Mr. Wetch espose uno speciale rapporto sull'effetto dell'umidità sull'oftalmia, in cui sonvi molti dettagli interessanti sulla cattiva influenza delle località umide, e del tempo nebbioso ed umido sui casi d'oftalmia militare in Kent, e sul benefizio delle situazioni più asciutte e del tempo secco nel favorire la guarigione dei casi cronici e recenti. Secondo lui l'atmosfera la più calda è la migliore per i convalescenti, se è chiara e splende il sole *(if clear and sunny)*. Egli crede che la più grande umidità dell'Inghilterra dia ragione del fatto che la malattia è stata più violenta e distruttiva nell'armata in questo paese che a Gibilterra, e, come egli crede, persino che in Egitto.

Nel caso delle scuole dei poveri della metropoli, bisogna ricordare che i loro ospitati non solo avevano vissuto nella maggioranza dei casi in abitazioni eccessivamente popolate, ma erano anche nativi della vallata del Tamigi. È vero che parecchie scuole che maggiormente avevano sofferto della malattia sono situate ad un livello molto alto sul Tamigi, ma vi possono essere altri fatti che diminuirebbero il valore di questa obbiezione. Non è impossibile che una differenza dell'umidità climaterica dell'aria possa avere qualche parte nell'assenza di oftalmia inquietante nelle scuole dei poveri dei distretti di campagna. Un' eccessiva umidità è nelle condizioni ordinarie un costante elemento dell'aria resa impura dalla respirazione animale; dimodochè è ben possibile che persone che passano gran parte della loro vita in camere mal ventilate siano esposte agli effetti dell' aria umida.

Digitized by Google

quand'anche il clima del paese o del distretto sia secco. Sarebbe cosa degna di ricerca se le persone (specialmente i ragazzi) che lavorano in camere calde, secche, mal ventilate (1) diano una più piccola contribuzione di granulazioni follicolari di quelle, che vivono nello stesso luogo, ma sono impiegate in altro modo.

Sia che la causa essenziale dell'ipertrofia follicolare vada dovuta all'umidità dell'aria o del suolo, o di ambidue, od a qualche forma di materia organica, come il Dott. Welch e molti altri suppongono più attendibile, io credo però vi sia poco a dubitare che l'umidità è un'importante condizione nello sviluppo della malattia e che con tutta probabilità potrà praticamente sterminarsi se l'aria che ordinariamente si respira potesse essere tenuta secca abbastanza.

La questione se l'oftalmia granulosa sia contagiosa o no, è di una grande importanza pratica, e, secondo il mio avviso, le prove sono affatto concludenti contro questo modo di pensare. Tutti i fatti conosciuti stanno a provare, che qualunque possa essere la causa, si richiede una prolungata esposizione ad essa (probabilmente di molti mesi). Welch crede necessarii dodici mesi. Il detto di Massy che i soldati prendevano l'oftalmia dopo un anno circa di residenza ad Athlone, sebbene meno definito, pare riferirsi allo stesso fatto. Wecker crede che l'esporsi per lungo tempo ad aria resa impura da un gran agglomeramento di persone è una causa d'oftalmia cronica granulosa (egli contuttociò, come Müller e specialmente Thiry cerca di fare distinzione fra le granulazioni proprie all'oftal-

(1) Mi venne detto che tali condizioni possono trovarsi nelle manifatture di cotone.

Digitized by Google

mia contagiosa, e quelle elevazioni o « granulazioni vescicolari » dovute alla semplice ipertrofia dei follicoli linfatici normali e ghiandole mucose della congiuntiva, distinzione affatto impossibile in pratica, come in fatti egli dopo ammette). Secondo Gulz « un anno incirca » di esposizione al « solo agglomeramento » soverchio fu necessario per produrre granulazioni in un gran numero di robusti contadini austriaci prima immuni da esse. Gradman con minore precisione dice che due mesi di vita di guarnigione in Danimarca dànno generalmente luogo al primo stadio della malattia in circa la metà degli uomini. Io so che qualche autore (specialmente Hairion) riporta esempi in cui un breve esporsi di alcune persone a supposte sorgenti di contagio (come altre persone affette dalla malattia od a fomiti) bastò a produrre l'affezione stessa. Il valore di tali osservazioni è contuttociò molto diminuito da due fatti. La maggior parte degli autori (specialmente Hairion) crede che la malattia possa rimaner latente per un certo tempo, durante il quale non può essere scoperta od almeno solo coll'aiuto di una lente; è però molto difficile che in una sola volta possa farsi un' ispezione prolungata ed elaborata in una grande riunione d'uomini, di modo che alcuni fra essi con « granulazioni latenti » sfuggono facilmente al nostro esame. Secondariamente, chiunque abbia esaminato un gran numero di persone per riscontrare le prime granulazioni deve, io credo, essersi trovato imbrogliato per conoscere se su una data congiuntiva vi erano o no granulazioni, e non è un rimprovero alla cura ed abilità dell'osservatore il dire che molti casi leggeri (ed è a questi soli che le presenti osservazioni dei fautori del contagio si riferiscono) possono essere passati come sani

Digitized by Google

un giorno, e come ammalati alcuni giorni dopo senza che alcuna materiale alterazione sia insorta nell'intervallo (1).

Se l'oftalmia granulosa, quando è libera da secrezione muco-purulenta, fosse veramente contagiosa, dovrebbe esserlo sicuramente per un *contagium* molto volatile e tuttavia molto potente, poichè molti di quei che vivono sempre insieme ne vanno affetti. Ma se le « materies morbi » fossero di questa natura sottile e volatile, dovrebbe essere estremamente difficile che quelle persone che non vivono continuamente cogli ammalati, ma che pur hanno con essi frequenti e prolungate relazioni, ne andassero esenti. Si dice contuttociò, che gli ufficiali militari sono raramente affetti dalla malattia, sebbene si sappia ch'essi soffrono d'oftalmia purulenta (ipoteticamente) molto meno contagiosa. Dalla natura del caso è tuttavia impossibile nello stato presente delle nostre condizioni di condannare assolutamente l' ipotesi del contagio; il virus

(1) Le principali difficoltà nell'esaminare le palpebre inferiori si trovano nel distendere completamente la piega oculo-palpebrale della palpebra inferiore e nella congestione che nasce quasi immediatamente dopo che la palpebra è rivolta. Senza mettere fuori completamente il seno congiuntivale alla parte più esterna della palpebra inferiore è impossibile l'esser certi che non vi siano granulazioni follicolari, poichè esse quasi sempre cominciano in questa parte. Se il paziente non guardasse abbastanza in su per portar detta parte bene in vista quando la palpebra è tirata in giù, o se dalla prominenza dell'orbita o dalla tensione della pelle non si riuscisse nell'intento, una leggiera pressione sul globo oculare attraverso la palpebra superiore farà sporgere bene al di fuori la piega oculo-palpebrale. La seconda difficoltà può essere solo parzialmente allontanata anche praticando con osservazione rapida e mano gentile; quand' anche si prendano tutte le cure, spesso accade (come Frank ha osservato) che la congestione oscuri ogni granulazione anche ben evidente (esse scompaiono appena quasi le si vede) e rende assai difficile la scoperta di quelle incipienti.

Digitized by Google

infatti si suppone così sottile, così potente, e così di lunga durata, che sarebbe molto difficile il produrre esperimenti atti a dimostrare la spontanea produzione della malattia, che non potessero esser rigettati come erronei da un fautore così caldo del contagio, quale si è il Dott. Hairion. Ciò può solo dimostrarsi essere estremamente inverosimile.

Fra le cause predisponenti lo stato generale di salute dei ragazzi ha un'influenza sullo sviluppo dei grani di sago. Devesi pure fare assegnamento sulla disposizione (1) ereditaria per la malattia nei ragazzi di razza Irlandese ed Ebrea e (secondo Scheffer e

(1) [Sebbene l'influenza prolungata del clima sia senza dubbio un importante fattore nel causare lentamente i distintivi di razza, però per scopi immediati e l'una e l'altra sono spesso ben distinte. La razza Irlandese è ben conosciuta in tutti i paesi in cui si parla inglese, per la sua predisposizione all'affezione granulosa. In Londra gli ebrei vanno anche più soggetti a questa malattia, che gli inglesi. Ma se ciò vada dovuto alla razza, o dipenda dalle loro abitudini, o dal fatto che la maggior parte dei poveri ebrei di Londra proviene dal basso contado, è molto difficile il dirlo. Come esempi dell'influenza di razza io posso menzionare che finora ho visto solo tre o quattro casi di palpebre granulose ben marcate nelle persone appartenenti al ceto superiore; in uno di essi si trattava di un signore inglese, il cui padre era nativo del sud dell'Irlanda; in un secondo, di una signora scozzese i cui antenati prossimi erano irlandesi; il terzo, era un esempio di palpebre granulose in parecchi ragazzi di una agiata famiglia ebraica di provenienza germanica. Nessuna di queste persone aveva mai vissuto in Irlanda.

Si dice che la malattia sia assai rara nei negri che vivono nelle regioni meridionali degli Stati Uniti, ma che si osservi (sebbene non comunemente) nei negri di Nuova York. È comparativamente rara in Svezia secondo Piscator, ad eccezione di una certa vallata molto angusta. È estremamente rara in Svizzera, ed in qualche parte dell'America Centrale.

Nella valle del Reno aumenta verso la foce del fiume, *i. e.* generalmente è in proporzione inversa dell'altezza del terreno sul livello del mare.

(Burnett, 5th *International Ophth. Congress*, p. 134. Piscator, *Nagel's Jahresberichi*, f. 1873, p. 244. Sæmisch, *Loc. cit.*).]

Digitized by Google

Burton) rispettivamente per quelli di stirpe lapponica ed egiziana, e sulle differenze originali di struttura, in cui probabilmente consiste la tendenza ereditaria. La proporzione dei ragazzi Irlandesi o semi-Irlandesi è probabilmente molto più grande nelle scuole dei poveri della metropoli che in qualunque altra parte di questo paese (con alcune eccezioni ben distinte, come Liverpool, forse). Questo, senza dubbio, contribuisce alla frequenza della malattia nelle scuole di Londra. Qualcuno dei casi più avanzati di pura oftalmia granulosa che io ho visto nei ragazzi si osservava in quelli che avevano le labbra spesse, carnose, e rosse, pelle spessa con abbondante tessuto areolare e capelli ruvidi, duri e scuri. Le labbra spesse carnose l'accompagnano, io credo, più frequentemente che la pelle spessa ed i capelli ruvidi. Quindi la tendenza alla infiammazione dei follicoli delle ciglia e delle ghiandole meibomiane, che sovente precede le gravi forme di palpebre granulose con gran ipertrofia papillare della parte tarsale della congiuntiva e considerevoli guasti corneali, spesso si fa strada nelle famiglie, dimodochè i dettagli speciali di ciascun caso sono quasi precisamente gli stessi in parecchi fratelli e sorelle. Io ho parecchie volte notato che i ragazzi, la cui pelle è fina in tessitura, bianca e sottile, ed i cui capelli sono generalmente biondi o rossi, mostrano congiuntive sottili senza gran sviluppo di grani di sago. Queste differenze nello stato di malattia senza dubbio corrispondono a simili variazioni nello stato di salute. Welch ha notato che uomini con capelli biondi e pelle rossa hanno talvolta una vascolarizzazione della congiuntiva minore del normale. Io ho notato qualche volta la stessa cosa nei ragazzi sani, ma sono inclinato a credere che ciò generalmente si osserva in

Digitized by Google

quelli in cui la pelle è sottile, e che hanno poco tessuto cellulo-adiposo e capelli biondo-chiari. I capelli molto biondi od anche castagni con labbra spesse e pelle « carnosa » non raramente accompagnano l'affezione granulosa grave con considerevole interessamento dei tessuti al margine delle palpebre (sycosis tarsi).

Della presenza dell'incipiente oftalmia granulosa in Londra ed in altre parti d'Inghilterra, all' infuori delle scuole, ecc.

La mia attenzione era dapprima strettamente diretta a questa malattia siccome predominante fra i ragazzi di qualcuna delle nostre scuole pubbliche dei poveri, quando fui incaricato della cura dei casi d'oftalmia alla scuola d'Anerley; e da questo tempo io ho côlto tutte le occasioni che mi sono occorse per ispezionare le palpebre di ragazzi in questa ed altre scuole e negli ospedali. Queste osservazioni hanno messo in evidenza alcuni fatti, che sebbene famigliari ai medici ufficiali delle scuole dei poveri e dell'armata, non sono, io credo, così generalmente conosciuti in questo paese come sarebbe desiderabile.

Prima di venire a qualche particolarità sono necessarie alcune parole per definire il limite in cui può adottarsi lo stato di salute, cioè la linea entro cui le variazioni nell'apparenza della congiuntiva sono da riguardarsi come fisiologiche. Pare che su questo soggetto siano ancora molto dubbiosi anche quelli che hanno avuto le migliori opportunità per giudicare. Per esempio, osservatori come Thiry e Müller sarebbero

Digitized by Google

disposti a considerare tutti i casi di semplici granulazioni vescicolari, anche se avanzati fino alla congestione e leggiero interessamento delle papille. come variazioni normali dovute alla differenza d'originale struttura, o come alterazioni transitorie causate da leggiere irritazioni. Altri, *e. g.* Wecker, mentre abbraccia un simile modo di vedere in via teorica, e ricusa di ammettere che i follicoli normali ingranditi sono il punto di partenza delle « vere granulazioni ». si associa per viste pratiche a quelli che affermano che i follicoli ingranditi sono identici colle granulazioni vescicolari. Così egli ammette che i primi « predispongono singolarmente » allo sviluppo delle granulazioni acute ed assieme con tutti i migliori osservatori consiglia che si debba fare stretta attenzione a questo stato d'ipertrofia.

Per ragioni *a priori* noi non possiamo dubitare che la congiuntiva, come ogni altro tessuto, debba mostrare nei diversi individui e ad epoche differenti nella stessa persona, qualche grado di variazione in ciascuno o tutti i suoi normali costituenti; e poichè i follicoli linfatici ed i vasi linfatici e le ghiandole mucose tubulari fanno parte della congiuntiva sana, noi possiamo essere certi che ciascuno di essi presenterà tali differenze. La difficoltà in pratica consiste nel porre il limite fra gli eccessi fisiologici e la malattia incipiente. La parola « malattia » può essa stessa essere forse usata in questo caso in un senso relativo, perchè è possibile che un mutamento nei follicoli linfatici, e forse in altre parti della congiuntiva, che potrebbe benissimo sotto date condizioni non essere considerato all'infuori dello stato di salute, sia a considerarsi come morboso sotto altre condizioni, come, *e. g.*, quando molte persone vivono assieme. Sarà probabilmente

Digitized by Google

ammesso che l'asimmetria nel grado di una variazione osservata appoggia fortemente l'idea ch'essa sia morbosa. È ben noto che, sebbene le granulazioni follicolari siano quasi sempre simmetriche, non si possono in qualunque modo supporre sempre eguali dai due lati. Ma anche quando la simmetria è perfetta, io non vi scorgo alcuna ragione clinica per chiamare una congiuntiva sana quando qualcuna di tali granulazioni sia distintamente visibile. È impossibile clinicamente, per quanto io so, dire se tali granulazioni siano ghiandole mucose ingrandite, oppure follicoli linfatici ingrossati. Nè io sarei inclinato a ritenere il transitorio carattere, o almeno la variazione in grandezza talvolta dimostrata dalle prime granulazioni follicolari come una sicura guida per dire che esse siano solo variazioni fisiologiche; perchè è molto più verosimile, che se in una data persona i follicoli sono soggetti ad alterazioni frequenti nel limite estremo fisiologico, ciò abbia a dipendere in modo insolito dall'azione di qualche causa di malattia. Sarebbe un aiuto nel fissare un tipo normale, se si potesse avere l'occasione d'ispezionare le palpebre di ragazzi delle classi superiori, *e. g.* in qualcuna delle scuole più alte dei fanciulli e fanciulle; in vero, fin quando questo non possa essere fatto, e fatto da qualcuno che abbia simili occasioni nelle classi inferiori, io non vedo probabilità di stabilire una base solida.

Vi sono contuttociò alcuni casi che per ragioni pratiche sono da considerarsi come molto soggetti allo sviluppo di granulazioni, sebbene esse non possano vedersi distintamente ad occhio nudo. Questi sono chiamati generalmente casi di granulazioni latenti da molti autori che ebbero molte occasioni di osservare (Stromeyer, Bendz, Müller, Hairion). Ne

Digitized by Google

ho veduti alcuni esempi io stesso, e non dubito punto ch'essi siano abbastanza comuni. In quelli che caddero sotto la mia osservazione v'era stato generalmente un rossore piuttosto notevole dell'intiera membrana (ma senza catarro nè altri sintomi) lungo tempo prima che apparissero le granulazioni, il che indicava probabilmente una grande attività funzionale di ogni parte. I caratteri distintivi clinici di un tal caso sono un repentino insorgere in uno o tutti due gli occhi (generalmente in uno, uno o due giorni prima dell'altro) di congiuntivite acuta, e l'apparire di granulazioni a grani di sago ben distinte e abbondanti in un tempo assai breve, forse in 24 ore. Si osserverà anche congestione papillare ed un vario grado di secrezione muco-purulenta, e il caso non presenterà nel suo primo stadio altri caratteri speciali a meno che venga esaminata la congiuntiva palpebrale. Nella durata e nella sua disposizione a recidivare, si differenzierà contuttociò molto da una simile congiuntivite in cui non vi siano granulazioni. Qualche volta quando un tale attacco si presenta in un solo occhio le piccole granulazioni vescicolari (o follicoli *linfatici*) possono essere vedute sulla congiuntiva dell'occhio non affetto coll'aiuto di una lente, o possono appena appena esser visibili senza lente, se si osserva con gran cura. Qualunque nome si dia a tali casi, sia che vengano chiamati «granulazioni latenti», oppure che noi meglio ancora li comprendiamo nel novero di quelli, i cui follicoli congiuntivali sono dapprima molto sviluppati e divengono attivamente ammalati al sopravvenire di una speciale causa eccitante, noi dobbiamo riconoscerne l'importanza e fare attenta sorveglianza alla loro presenza. Nell'ispezionare un gran numero di poveri ragazzi se ne troverà

Digitized by Google

sempre una considerevole proporzione in cui la congiuntiva delle palpebre inferiori è più o meno congesta e fa l'impressione che vi sia una leggiera ipertrofia papillare. La membrana potrebbe avere una tinta chiara, ma è più sovente di un color rosso alquanto scuro, oppure garofano. In molti, forse la maggior parte di essi, si possono trovare alcuni grani di sago con una ricerca molto accurata, ma potrebbe essere molto difficile il trovarli, o, se presenti, potrebbero essere affatto nascosti. Molti di questi casi io sono accostumato a considerarli come sani sebbene io dubiti se essi guardati dal punto di vista più rigoroso siano da considerarsi in tal modo.

Nella scuola a cui io era addetto, v'erano, quando io dapprima la visitai, circa 850 ragazzi, fra i quali uno su nove o dieci aveva palpebre sane o quasi sane. In 50 o 60 per cento di tutto l'intero numero v'erano grani di sago ben distinti, ma senza traccia, o con un leggier grado di congestione; questo numero comprendeva qualcuno in cui le palpebre erano cicatrizzate e pallide e la malattia affatto guarita. Il rimanente, circa 30 per cento, mostrava o uno stato più avanzato dell'affezione granulosa con o senza secrezione purulenta, o secrezione con una leggiera forma della condizione granulosa. Io non so (1) fino a qual punto le altre scuole dei poveri della metropoli si trovano nella stessa condizione; ma dal carattere generale dei casi d'oftalmia sotto cura in qualcuna di quelle mi risulta dall'osservazione personale durante gli ultimi dodici mesi, che esse sono molto simili a quelle ch'io aveva sotto mia cura ad Anerley.

(Continua).

(1) [Scritto prima ch' io ispezionassi ufficialmente le altre scuole].

Digitized by Google

BOLLETTINO Medico-Statistico della Città di Torino — 51ª settimana dal 15 al 21 dicembre 1878.

CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.	CAUSE OCCASIONALI DEI DECESSI	TOTALE PER SESSO M.	F.	Tot.
Debolezza, anomalie, deformità congenite	4	1	5	Malattie diabetiche, albuminuriche	»	»	»
Asfissia ed apoplessia per parto	1	»	1	» tubercolose, scrofolose	2	4	6
Funghillo, sclerema, risipola, ecc.	»	2	2	» sifilitiche	»	»	»
Convulsioni, elmintiasi	2	»	2	» nervose	»	»	»
Difterite e croup	4	3	7	» ematiche	»	»	»
Coclussie	1	1	2	» calcolose	»	»	»
Vaiuolo	»	»	»	» scirrose, cancerose	»	1	1
Morbillo	»	»	»	Dermatosi varie	1	»	1
Scarlattina	»	»	»	Marasmo senile e tabi diverse	»	»	»
Diarrea e dissenteria	»	»	»	Indeterminate	»	»	»
Coléra	»	»	»				
Febbre intermitt.ª e perniciosa	»	2	2				
» tifoidea e tifo	1	2	3	TOTALE	57	59	116
» migliare	1	»	1				
Malattie della gravidanza e del puerperio	»	1	1	Non appartenenti alla popolazione di Torino	17	8	25
Malattie chirurgiche e traumatiche	2	2	4				
Avvelenamenti diversi	»	»	»	TOTALE nella 51ª settim.ª	74	67	141
Asfissie	»	»	»	» nelle settim.ª precedenti	3405	3391	6796
Malattie dell'appar.º respiratorio	14	22	36				
» dell'apparato dell'alimentazione	12	10	22	TOTALE complessivo	3479	3458	6937
» dell'app.º cardio-vasale	6	5	11				
» del sistema nervoso	5	3	8				
» dell'app. uropoietico e genitale	1	»	1	TOTALE complessivo, non compresi i non appartenenti alla popolazione	2995	3072	6067
Reumatismo articolare, artrite, gotta	»	»	»				
Pneumatosi ed idropi	»	»	»				

NASCITE	NATI VIVI M.	F.	Tot.	ESPULSI MORTI M.	F.	Tot.
Nella 51ª settimana	62	63	125	4	»	4
Nelle precedenti	3456	3341	6797	274	176	450
TOTALE COMPLESSIVO	3518	3404	6922	278	176	454

Il Capo d'Ufficio d'igiene Dott. RIZZETTI GIUSEPPE.

Dottore COLOMIATTI *Direttore responsabile.*

Digitized by Google

INDICE

DEL VOL. XXIV. SERIE III.

PARTE UFFICIALE

Adunanze dell'Accademia, Pag. 3-33-34-65-97-161-449-497-561-563-568-569.

Memorie ed osservazioni originali

Olivetti — Rapporto sopra il Rendiconto clinico del Dott. Gaetano Leopardi . . PAG. 5

Giacomini — Topografia della Scissura di Rolando . . . . . » 67-98-129

Berruti — Rapporto sul *Compendio elementare d'igiene, di morale e di economia domestica*, ecc., per il Dott. Giovanni Targhetta » 164

Bottini — Altro caso di estirpazione di gozzo parenchimatoso . . . . . » 170

Lombroso — Studio sul Cranio di Volta . » 193

Riccardi — Saggio di alcuni studi intorno ai crani della Toscana . . . . . » 209-225

Giacomini — Annotazioni sull'Anatomia del Negro . . . . . » 454-506

Valerio — Commemorazione del Socio Dottor Angelo Camillo Maffoni . . . . . » 470-537

Digitized by Google

Lombroso — Rapporto sull'Opera *De la cause réelle de la pellagre* . . . . Pag. 498

Id. — Rapporto sull'Opera *Ueber einige Producte des gefaulten Mais* (*Su alcuni prodotti del mais guasto*) . . . . . » 500

Commissione della R. Accademia di Medicina — Rapporto sui lavori presentati pel quinto Concorso Riberi . . » 519

Tibone — Relazione sui due libri di Carlo Minati, intitolati: *Dei Bagni di Casciana nella provincia di Pisa* . . . . . » 370

Id. -- Rapporto sull' *Istero-trachelotomo galvano-caustico*, e sull' *istero-trachelotomo tagliente* ideati e presentati dal sig. Agostino Barberis » 376

PARTE NON UFFICIALE

Memorie ed osservazioni originali

Bottini — La medicazione antisettica . Pag. 36

Martorelli — Rapporto generale statistico delle vaccinazioni praticate durante l'anno 1876 » 257

Colomiatti — Di un mixo-sarcoma primitivo del polmone, con cellule a nucleo gigante » 289

Bobone — Contribuzione allo studio della risipola delle ferite, specialmente per quanto ne riguarda la eziologia, la profilassi e la cura » 292-353-385-417

Nettleship -- Dell'affezione granulosa della congiuntiva e dell'oftalmia contagiosa . » 402-438-481-579

Digitized by Google

Rivista di giornali ed opere.

Lombroso — Fisiologia del cadavere . . Pag. 22

Franchi — I bagni di luce . . . . » 59-82-117 -152-186 -215

Maschka — Comunicazioni di casi medico-legali » 63

Verneuil — Nota sulla febbre sintomatica dei neoplasmi . . . . . » 268

Oulmont — Dell'atetosi . . . . . » 270

Talamon — Del reumatismo blenorragico . » 271

Mauriac — Sull'afasia ed emiplegia destra sifilitica a forma intermittente . . . » 304

Vallin — Della disinfezione per mezzo dell'aria calda — Sulla resistenza dei batteri al calore » 310

Thaon — Clinique climatologique des maladies chroniques . . . . . » 314

Gelpke — Un caso di ascesso cerebrale . » 326

Rosenbach e Lange — Sull'atetosi e sull'atassia locale . . . . . » 330

Hanot e Mathieu — Osservazioni sull'emi-anestesia saturnina . . . . . » 335

Schwalbe — Contribuzione alla guarigione radicale delle ernie . . . . . » 340

Esmarck — Sulla resezione dell'articolazione della spalla . . . . . » ivi

Voigt — Sulla tecnica della resezione . . » 342

Schwartz — Perforation traumatique de l'iliaque du côlon sans aucune trace de contusion, même légère, des parties environnantes . » 343

Digitized by Google

Baumgarten — Sulla così detta organizzazione del trombo . . . . . Pag. 343
Méthode d'aëration. Traitement rationel des plaies » 345
Bensch — Giudizio sul trattamento chirurgico dei polipi della cavità nasale . . . » 347
Kessel — Sulla mobilità della staffa nella esportazione della membrana del timpano, del martello e dell'incudine nell'otturamento della tuba . . . . . » 348
Gescheidlen — Contribuzione allo studio delle terminazioni nervose nei muscoli lisci . » 349
Ewald e Künne — I. La digestione usata quale metodo istologico — II. Sopra una nuova parte costitutiva del sistema nervoso . » 377

Notizie.

Società Italiana d'Igiene . . . . . Pag. 31
Ottavo Congresso dell'Associazione Medica Ital. » 88
Regolamento generale per l'Ottavo Congresso dell'Associazione Medica Italiana . . » 90
R. Istituto Lombardo di scienze e lettere . » 275-330

Bibliografia.

Lombroso — L'uomo delinquente . . . . Pag. 380
Gamba — Sul Corso di fisica medica del Professore Osvaldo Casali . . . . . » 446

673.010

Digitized by Google

GIORNALE DELLA R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Supplemento al Num. 18, 30 dicembre

Annunziamo ai nostri lettori ed ai medici pratici, come in seguito a recente deliberazione dell'Accademia di Medicina, questo Giornale stia per entrare in una fase nuova di pubblicazione.

Ond'essere in caso nel medesimo tempo e di dare delle serie riviste e delle memorie scientifiche, le quali non perdano del loro valore e interesse pel frazionamento in troppi numeri separati, il Giornale uscirà una volta al mese, in fascicoli di 5 fogli di stampa, con una variante di 4 a 6, a seconda della portata ed indole delle materie; cosicchè ad ogni semestre si avrà un volume di circa 500 pagine.

Questa riforma è anche fatta allo scopo di fornire i medici pratici di un bel fascicolo mensile, specialmente per quelle memorie che per la loro indole e la loro estensione non potrebbero essere accolte nei nostri buoni giornali settimanali, e nemmeno nell'*Archivio di Scienze mediche*, comechè più esclusivamente destinato alla parte scientifica.

Anche le riviste potranno così riuscire più utili, perchè avranno avuto innanzi a loro tempo sufficiente per lasciar maturare le novità mediche e vagliarne la serietà.

Sinora la parte bibliografica riusciva necessariamente un po' scarsa, ma coll'innovazione sovraccennata si avrà modo di aumentarla; e per meglio riescirvi noi preghiamo coloro che desiderino una relazione sui loro

Digitized by Google

lavori, di spedirne due copie all'Accademia, perchè così un esame critico ne sarà sempre pubblicato nel Giornale. Ed in questo esame noi porremo ogni studio per conservare la più assoluta imparzialità, escludendo quanto potrebbe assumere carattere personale.

Gli autori delle Memorie-originali stampate nel Giornale avranno in dono 100 copie a parte.

La parte ufficiale del Giornale, che contiene gli Atti dell'Accademia, è pubblicata sotto la speciale responsabilità dell'Ufficio di Presidenza.

Finalmente anche la parte materiale del Giornale verrà migliorata, rimanendo intatte le condizioni dell'abbuonamento.

PATTI D' ASSOCIAZIONE

Prezzo anticipato pel Regno . . .	L. 10 00
» per l'estero le spese postali in più.	
Un fascicolo separato . . .	» 1 50

Ai librai si fa lo sconto del 10 %.

L'ufficio del Giornale è aperto dalle 9 ant. alle 4 pom. tutti i giorni.

BAROFFIO D. F.
BERRUTI LUIGI.
G. LOMBROSO.
LAURA G. B.

NB. — Lettere e gruppi devono essere affrancati. — La Direzione del Giornale ha sede nell'Accademia stessa, Palazzo Madama, p. terreno.

Tip. Vercellino.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google